

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا

مصدر الضبط الصدقي و علاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس
تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي

إشراف :

أ. د جابر نصر الدين

إعداد الطالبة :

عليوة سمية

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة بسكرة
جامعة بسكرة
جامعة ورقلة
جامعة بسكرة

رئيسا
مشرفا ومقررا
عضوا
عضوا

أ.د. برقوق عبد الرحمن
أ.د. جابر نصر الدين
أ.د. قريشي عبد الكريم
د. تاويريت نور الدين

السنة الجامعية 2006 - 2007

فهرس المحتويات

الصفحة

المحتويات

- مقدمة - أ، ب، ج -

الفصل التمهيدي :

طرح إشكالية الدراسة

1. تحديد إشكالية الدراسة 2
2. أهمية و أهداف الدراسة 4
- 1.2 أهمية الدراسة 4
- 2.2 أهداف الدراسة 5
3. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة 5
4. فرضيات الدراسة 6

الجانب النظري

الفصل الأول : مصدر الضبط الصحي

- تمهيد 9
1. مفهوم مصدر الضبط الصحي 10
 2. أبعاد مصدر الضبط الصحي 14
 3. سمات الأفراد في فئتي مصدر الضبط عند روتر 15
 4. نظرية مصدر الضبط الصحي 17
 5. مصدر الضبط الصحي و علاقته ببعض المتغيرات 20
- خلاصة 23

الفصل الثاني :

الكفاءة الذاتية

- تمهيد 25
1. مفهوم الكفاءة الذاتية 25
 2. مصادر الكفاءة الذاتية 28
 3. تأثير اعتقاد و ادراكات الفرد على كفاءته الذاتية 35
 4. مقارنة بين كفاءة الذات العالية و المتدنية 37
 5. نظرية الكفاءة الذاتية 41
- خلاصة 43

الفصل الثالث :
مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية
و علاقتهما بالصحة

46	تمهيد.....
47	1. تعريف مرض السكري.....
48	2. أسباب مرض السكري.....
50	3. أعراض مرض السكري.....
50	4. أنواع مرض السكري.....
51	5. شخصية المصاب السكري.....
51	6. مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة.....
59	خلاصة.....

الجانب الميداني
الفصل الرابع :
عرض و مناقشة النتائج

	تمهيد.....
	1. <u>إجراءات الدراسة :</u>
62	تمهيد.....
62	1.1 منهج الدراسة.....
62	2.1 حدود الدراسة : مكانيا، زمنيا، و بشريا.....
62	3.1 عينة الدراسة و كيفية اختيارها.....
64	4.1 المقاييس المستخدمة في الدراسة.....
64	1.4.1 - استبيان مصدر الضبط الصحي.....
67	2.4.1 - استبيان الكفاءة الذاتية.....
68	5.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
	2. <u>عرض و مناقشة نتائج الدراسة :</u>
69	1.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
73	2.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
77	3.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
80	4.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
85	5.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
89	خلاصة.....
91	- خاتمة.....
	- المراجع
	- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة

المحتويات

- رقم 01 : بين العمليات المعرفية لكفاءة الذات العالية و المتدنية 38
- رقم 02 : يبين الدافعية لكل من كفاءة الذات العالية و المتدنية 39
- رقم 03 : يبين العمليات الانفعالية لكل من كفاءة الذات العالية 40
و المتدنية
- رقم 04 : يبين عمليات الاختيار بين كل من كفاءة الذات العالية 41
و المتدنية
- رقم 05 : يبين خصائص العينة حسب الجنس و السن 63
- رقم 06 : يبين توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي 63
- رقم 07 : يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض (الازمان) 64
- رقم 08 : يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الأول 65
(IHLC) و بنوده
- رقم 09 : يبين معامل الارتباط ل(كارل بيرسون) بين البعد الثاني 66
(PHLC) و بنوده
- رقم 10 : يبين معامل الارتباط ل(كارل بيرسون) بين البعد الثاني 66
(CHLC) و بنوده
- رقم 11 : يبين حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية و البنود 67
الزوجية لكل بعد
- رقم 12 : يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي 69
و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري
- رقم 13 : يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي 73
و مدة المرض لدى مرضى السكري
- رقم 14 : يبين معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض 74
لدى مرضى السكري
- رقم 15 : يبين معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض 77
لدى مرضى السكري
- رقم 16 : يبين معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و السن لدى 78
مرضى السكري
- رقم 17 : يبين نتائج اختبار T للفروق بين أبعاد مصدر الضبط 80
الصحي بين الجنسين
- رقم 18 : يبين نتائج تحليل التباين الأحادي في أبعاد مصدر الضبط 82
الصحي باختلاف المستوى التعليمي لمرضى السكري.
- رقم 19 : يبين نتائج اختبار T للفروق في درجة الكفاءة الذاتية بين 86
الجنسين
- رقم 20 : يبين نتائج التحليل التباين الأحادي في درجة الكفاءة الذاتية 86
لدى أفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي
- رقم 21 : يبين مصادر التغير بين أفراد العينة في درجة الكفاءة الذاتية 87
باختلاف مستواهم التعليمي

فهرس الأشكال

الصفحة

المحتويات

- رقم 01 : يبين مصادر الكفاءة الذاتية 29
- رقم 02 : يبين علاقة بعض المحددات بالكفاءة الذاتية 31

مقدمة

لم تعد الصحة موضوعا طبيا بحتا، بل ظاهرة اجتماعية، وقد أدى تغير خريطة الأمراض و ظهور الأمراض المزمنة إلى تغيير فهمنا للصحة و المحددات النفسية و الاجتماعية و الديمغرافية المتفاعلة معها.

و تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة : >> هي حالة السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و الاجتماعية، و ليس مجرد الخلو من المرض أو العجز << (بهاء الدين إبراهيم سلامة : 2001، ص 17).

كما نرى من هذا التعريف بأن الناحية البدنية و النفسية و الاجتماعية هي المكونات الأساسية لتمتع الفرد بالصحة، و قد اعتبر هذا المفهوم بمثابة هدف يسعى إلى تحقيقه كل العاملين و المسؤولين عن الصحة. حيث تعتبر هذه المكونات بالنسبة للصحة مثل عناصر الطيف الضوئي بالنسبة للضوء الأبيض، بمعنى انه إذا نقص أي مكون من هذه المكونات الثلاثة ينتج عن ذلك عدم تكامل الصحة. و قد كتب ابن سينا رسالة مختصرة سماها << دفع المضار الكلية عن الأبدان الإنسانية>>، جمع فيها أهم العوامل المادية مع إشارة إلى العوامل النفسية و الاجتماعية (زعطوط رمضان : 2005، ص 22).

لكن التاريخ الفعلي لبداية البحوث في علاقة السلوك البشري بالصحة، بدأت بعد الحرب العالمية الثانية، حيث لاحظ الأطباء و علماء النفس و الاجتماع ترابطا بين بعض الأمراض و السلوك مثل أمراض التغذية المتعلقة بنمط المعيشة. و الأسلوب الذي يعتمد الفرد في حياته Life style، و العادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تشير احدث التقارير الطبية في هذا الشأن وجود صلة مباشرة بين السلوك و الصحة (عثمان يخلف : 2001، ص 19). بمعنى أن نشأة و حدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية. و لو أن هناك مسببات أخرى من العوامل النفسية و السلوكية التي تساهم و بشكل كبير في الصحة، و تعمل كمتغيرات وسيطة في السلوك الصحي و تنفيذ البرامج العلاجية مثل :

العوامل الديمغرافية، القيم، مصدر الضبط الصحي، الدعم الاجتماعي المدرك، المعتقدات، و كذا الكفاءة الذاتية.

وقد وجد << ضيائي حسين >> 1987 في دراسة له بعنوان المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكري، أن العامل النفسي يحد من قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج، و يطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المريض و الحد من الخطورة (<http://www.gulfkids.com>).

كما نرى فأن العوامل النفسية لها دور كبير أو أنها تعمل كوسائط في تنفيذ أو عدم تنفيذ السلوك الصحي. لذلك ارتأينا في بحثنا هذا دراسة بعض المتغيرات النفسية و التي هي : مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية عند هؤلاء المرضى.

و يجدر الذكر أو التنويه أن مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية (فاعلية الذات) أصبحا من المفاهيم أو المتغيرات الوسيطة بين الفرد و سلوكه الصحي، و أن توقع نتائج سلوكه العام و الصحي خاصة، يكون انطلاقا من معتقداته حول مصدر صحته. بمعنى آخر أن صحة الفرد تتوقف بالدرجة الأولى على مدى اعتقاده بأنه المسؤول عن صحته (ضبط داخلي) أو الحظ و الصدفة و قوة الآخرين هي المسؤولة عن صحته (ضبط خارجي)، هذا من جهة.

و من جهة أخرى و حسب نظرية فاعلية الذات لـ Bandura فأن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات أو كفاءة الذات و الممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح فاعلية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي و الصحي للفرد.

فكان تناولنا لهذا البحث و لهذه المتغيرات بالذات (مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية) بهدف معرفة أو الكشف عن نوع العلاقة بينهما، هل هي دالة أم غير دالة؟، و معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين هذه المتغيرات بكل من السن و مدة المرض، و أيضا بهدف الكشف عما إذا كانت هناك فروق في الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي و هذا باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.

و ما جعلنا نتناول هذه المتغيرات هو أهمية هذه العوامل أو الصفات الشخصية للفرد و مدى قدرته على مواجهة المرض.

و قد واجهت الباحثة صعوبات عديدة لانجاز هذا البحث و الوصول إلى أهدافها، منها قلة المراجع أو بالأحرى ندرتها في هذا الموضوع، و لذلك تم إعداد هذا البحث في حدود اطلاع الباحثة من خلال

ما تم الحصول عليه من معلومات، إضافة إلى صعوبة الحصول على العينة بالطرق المنهجية الصحيحة التي تعطي دقة في النتائج و لذلك كان اختيار العينة بطريقة عرضية، إضافة إلى مشكلة صعوبة إفهام بعض أفراد العينة لبنود الاستبيان لأهم كلهم تقريبا من كبار السن.

و قد تضمنت هذه الدراسة جانبين؛ جانب نظري و جانب تطبيقي :

- حيث تم تناول في الجانب النظري : إشكالية البحث، أهداف و أهمية الدراسة، التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث، و الفرضيات. بالإضافة إلى ذلك هناك ثلاثة فصول : فصل خاص بمصدر الضبط الصحي (الفصل الأول) تناولنا فيه : مفهوم مصدر الضبط، أبعاد مصدر الضبط الصحي، سمات الأفراد في فئتي الضبط، نظرية مصدر الضبط الصحي، و أخيرا العلاقة بين مصدر الضبط و بعض المتغيرات (الجنس، السن، التنشئة الوالدية). أما الفصل الثاني فقد تضمن ما يلي : مفهوم الكفاءة الذاتية، مصادرها، تأثير اعتقادات و ادراكات الفرد على كفاءته الذاتية، و مقارنة بين الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية، إضافة إلى نظرية الكفاءة الذاتية. أما الفصل الثالث فقد كان بعنوان : مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة، و تضمن : تعرف مرض السكري، أسبابه، أعراضه، أنواعه، شخصية المصاب بالسكري، و أخيرا علاقة كل من مصدر الضبط و الكفاءة الذاتية بالصحة.
 - أما الجانب الميداني فتضمن فصل بعنوان عرض و مناقشة نتائج الدراسة، و تضمن : إجراءات الدراسة (حدود الدراسة، عينة الدراسة و كيفية اختيارها، المقاييس المستخدمة في الدراسة، الأساليب الإحصائية المستخدمة)، و كذلك تضمن عرض و مناقشة نتائج الدراسة (نتائج فرضيات الدراسة).
- بالإضافة إلى هذا مقدمة وخاتمة.

الفصل التمهيدي :

طرح إشكالية الدراسة

1. تحديد إشكالية الدراسة
2. أهمية و أهداف الدراسة
 - 1.2 أهمية الدراسة
 - 2.2 أهداف الدراسة
3. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
4. فرضيات الدراسة

1. تحديد إشكالية الدراسة :

الانتشار السريع للأمراض المزمنة و العبء النفسي و الاجتماعي و الاقتصادي لرعاية المصابين بها، أدى بالباحثين إلى الاهتمام بالمتغيرات الفاعلة في المرض المزمن، سواء المتغيرات التي تنتج جراء الإصابة بهذا المرض على الصعيد الحياتي أي ما تخلقه من آثار اجتماعية كسوء في العلاقات الاجتماعية داخل أو خارج الأسرة، أو الاقتصادية، حيث يجبر المريض في كثير من الأحيان على التنازل أو التقاعد من عمله، هذا يؤدي إلى تغيير في المستوى الاقتصادي على مستوى الأسرة، و كذا مستوى العمل.

و من ناحية أخرى اهتموا بالأعراض التي تصيب شخصية المصاب بمرض مزمن فهي ستظهر عليه تبعا لتكوين شخصيته، فكلما كان بناؤها سليما فالأعراض ستكون أقل حدة و شدة و العكس إذا كان تكوين الشخصية ضعيفا فالأعراض ستكون أكثر حدة و شدة، و بالتالي يصعب لاحقا تحديدها أو تخطيها، و من هذه الأعراض التي تظهر على المصاب بمرض مزمن : القلق، الاكتئاب، الإحباط، الخوف من الموت، و التي ستلعب دورا مهما في تغيير شخصية هذا المصاب. و قد تسرع في القضاء على حياته، خاصة عند مرضى القلب، ارتفاع ضغط الدم، السرطان، السكري... الخ.

و يعتبر هذا الأخير (مرض السكري) من الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا و التي لها دلالات خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه، و كذا على عائلاتهم. فالمرض هنا يمثل حالة طويلة الأمد، كما انه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها، و قد يكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سببا لما تواتر و استقر في الأذهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض الضارة. و يكفي لمرض السكر أن يحدث مضاعفاته على احد الأفراد في محيط الأسرة أو المجتمع الصغير لتبقى ذكراه السيئة عالقة بالأذهان.

و ردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر، و تتمثل في أن تكون الرفض و الإنكار و هو رد الفعل الشائع، كما أن بعض المرضى قد يعتمدون عدم إتباع النظام الغذائي أو الإهمال في علاج المرض أو عدم تناول الأدوية كأنما يتحدى نفسه. و هناك أيضا التمرد على العلاج و هو جانب من جوانب الرفض، خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على مأكلا و مشرب المريض. فما من احد يقبل التحكم الكامل و طوال الوقت و لمدة طويلة في تفاصيل معيشته و تذكيره باستمرار بمرضه. أو قد ينشأ خوف شديد من المرض و آثاره كرد فعل

عند بعض المرضى (<http://www.gulfkids.com>). و إذا زاد الخوف عن حده فانه يسبب للمريض اكتئاب و يحول حياته إلى حياة منعزلة عن نفسها.

قد لا يكون بالضرورة المرض هو الذي يظهر هذه الأعراض، فقد تلعب متغيرات أخرى تتعلق بنواحي سمات الشخصية لدى الفرد في ظهورها. فاعتقاد الفرد و إيمانه بقدراته تحدد و تنبئ بسلوكه اللاحق، و مدى قدرته على التحكم فيه. و كما هو معروف، فان الاعتقاد في أي موضوع سواء تعلق بالذات أو بموضوع خارجي، يحدد بدرجة كبيرة السلوك الذي سيتبعه الفرد في الحاضر أو المستقبل. كما أن اعتقاد الفرد و إيمانه بقدراته الذاتية يعمل من خلالها على مواجهة المواقف و التكيف معها، و مدى نجاحها في هذه الخبرات سيعمل لاحقا على تعزيز هذه السلوكات، و على العكس.

و تؤثر الكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات Self efficacy في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف و الدوافع و الوجدان، و انتقاء المعلومات من بيئتنا (رمضان زعطوط : 2005، ص43). فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة و استقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا. كما أن الاعتقاد في الكفاءة له دور في تحديد مدى قدرة الفرد على التواصل الاجتماعي، و إقامة علاقات ناجحة. و تؤثر كذلك الكفاءة في طريقة تعاملنا مع الاضطرابات النفسية، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي الوظيفي للانفعالات و جهاز المناعة. و كلما كان الاعتقاد قوي في الكفاءة استطاع الفرد تجاوز التحديات و المواقف التي تواجهه.

و عملية الاستمرار في النجاح و مواجهة المواقف الخطرة (كالمرض) تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكاته بطريقة ايجابية و أعزاء نجاحه في تخطي مرض أو مهمة إلى قدراته الذاتية و جهده المبذول (مصدر الضبط الداخلي)، و قد يعزو سلوكاته و نجاحه إلى قوى خارجية أو راجعة للحظ و القضاء و القدر و الآخرين، و هنا سيكون على عكس الحالة الأولى، فأى سلوك يقوم أو يترتب عليه من نتائج لا يرجعه إلى قدراته، و إنما إلى مصادر أخرى. و هذا ما أطلق عليه روتر (Rotter) بمصدر الضبط، حيث قدم مفهومي التحكم الداخلي للتدعيم و التحكم الخارجي للتدعيم في إطار نظرية التعلم الاجتماعي (معتز سيد عبد الله : ص 81)، و هذا للإشارة إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها.

و منذ أن ظهر هذا المفهوم و هو يمدنا بنتائج تساعد على دقة التنبؤ بالسلوك الإنساني في المواقف المختلفة، سواء في المواقف العملية التجريبية أو في المواقف الاجتماعية الطبيعية. ثم دخل مجال الصحة، حيث توصلت البحوث و الدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد

يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته. أي أن مصدر الضبط الصحي الذي يتبناه الفرد في حياته يحدد إلى حد بعيد قدرة الفرد على تقدير ذاته، وكذا توقع سلوكاته، و تخطيه لللازمات على اختلافها. هذه التباينات في إدراك الفرد لقدراته و إلى أي مصدر يعزوها (داخلية – خارجية) كانت من اهتمامات العديد من الباحثين، لا سيما ارتباط هذه المتغيرات : الكفاءة الذاتية، الضبط المدرك بالمجال الصحي، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية الاتجاهات و الكفاءة الذاتية و العلاقات الاجتماعية، و قيم الفرد و معاييرها في توجيه السلوك. لان المريض خاصة المصاب بمرض مزمن كالسكري، لا يتمثل للتعليمات الطبية و قيامه بسلوكات تتعارض و وضعه الصحي، بل تزيد من خطورة المرض و احتمالات مضاعفة خطيرة سواء النفسية أو الجسدية.

و حسب اطلاع الباحثة فان مثل هذه المتغيرات درست أو تناولتها بحوث في بيئة غربية، و بعضها تم تناولها في دراسات عربية لكنها قليلة. و عليه أردنا أن نطرح تساؤل أو إشكال هو :

هل هناك علاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية؟، و هذا طبعاً في بيئتنا.

و هل هناك علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض (الإزمان) و السن لدى مرضى السكري؟.

و هل هناك علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض (الإزمان) و السن لدى مرضى السكري؟.

و هل هناك فروق دالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس و المستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟.

و هل هناك فروق دالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس و المستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟.

2. أهمية و أهداف الدراسة

1.2 أهمية الدراسة :

تبرز أهمية الدراسة الحالية في أنها تتناول اعتقادات الفرد، و كيفية إدراكه للمواقف التي يواجهها في حياته. و كيفية تفسيره لنتائج هذه الاعتقادات، هل يثق في قدراته، و بالتالي يعزو كل النتائج إلى قدراته الشخصية، أم انه يلقي المسؤولية على عاتق الآخرين، لا سيما في المجال الصحي.

فمثل هذه الاعتقادات قد تبطئ من عملية العلاج و الشفاء، خاصة لدى المرضى المزمنين، فالمرض بالنسبة لهم ملازم لهم طوال حياتهم.

لذلك نرى أن هذا البحث تكمن أهميته كذلك في أنه يساهم و لو جزئياً في البحث عن العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية و المهارات السلوكية للفرد و تغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة ايجابية لمواجهة الأحداث و المواقف المتعددة، خاصة الصحية منها.

2.2 أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

1. محاولة معرفة العلاقة الكامنة بيم مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية.
2. محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية بالعوامل التالية (السن، مدة المرض).
3. محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك فروق في درجة الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.

3. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

1.3 مصدر الضبط الصحي (Health Locus of Control) :

يشير مصدر الضبط الصحي إلى الأفكار و المعتقدات التي يحملها الفرد عن سلوكياته الصحية، و إلى أي مدى يعتقد أنه المسؤول عن صحته. بمعنى آخر أن مصدر الضبط الصحي يشير إلى مفهوم الفرد حول مصدر صحته، هل هو داخلي أم يتحكم فيه ذوي النفوذ (الآخرين)، أو يرجع إلى الصدفة و الحظ، و هذا كما يقيسه مقياس مصدر الضبط الصحي من إعداد جبالي نور الدين.

2.3 الكفاءة الذاتية أو فعالية الذات (Self-efficacy) :

الكفاءة الذاتية أو فعالية الذات هي صفة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص اعتقاداته حول قدراته و استعداداته لتطبيق المهارات المعرفية و السلوكية و الاجتماعية التي لديه من أجل التعامل مع الصعوبات و مواجهة الأحداث و السيطرة عليها، و هذا كما يقيسه استبيان الكفاءة الذاتية لمرضى السكري من إعداد الطالبة.

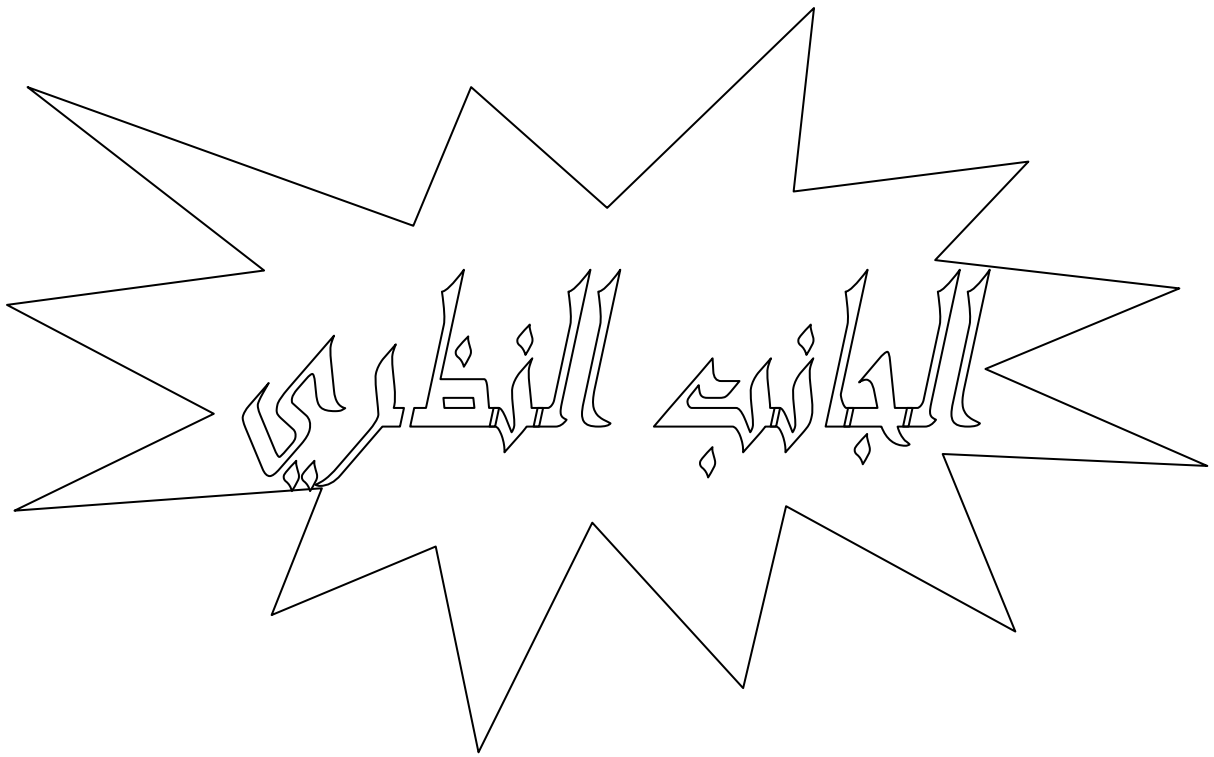
3.3 مرض السكري :

يعرف مرض السكري على أنه مرض استقلابي مزمن يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين في الدم، أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة. و هو أنواع، و الشائع منه نوعين رئيسيين : النوع الأول و الثاني، و في دراستنا هذه نعني بمرض السكري النوعين معا دون تمييز بينهما.

4. فرضيات الدراسة

بعد استعراض إشكالية البحث و الإطار النظري المتعلق بمتغيرات البحث يمكن صياغة الفرضيات التالية :

1. توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية.
2. توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض (الازمان) و السن لدى مرضى السكري.
3. توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض و السن لدى مرضى السكري.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط بين مرضى السكري باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.



الفصل الأول :

مصدر الضبط الصحي

تمهيد

1. مفهوم مصدر الضبط الصحي
2. أبعاد مصدر الضبط الصحي
3. سمات الأفراد في فئتي مصدر الضبط عند روتر
4. نظرية مصدر الضبط الصحي
5. مصدر الضبط الصحي و علاقته ببعض المتغيرات

خلاصة

تمهيد

يتطلع الفرد دائماً لأن يكون قادراً على اتخاذ قرارات مناسبة في مواقف متعددة ومتكررة ، والسيطرة على أحداث البيئة حوله ، حيث أن هذا الإحساس ينمي فيه ثقة عالية بنفسه على أنه يستطيع التصرف بالطريقة التي سوف تضمن له نتائج إيجابية وتستثنيه من نتائج سلبية . هذا الإحساس أطلق عليه بالتحكم الذاتي A sense of personal control ، وقد استخدم في مجالات علم النفس المختلفة ، وانطلاقاً من هذا فإن نتائج تصرفات الأفراد ستتمركز أو تتمحور وفق إدراكهم لمصدر التدعيم أي أن إدراك الأفراد للعلاقات بين سلوكهم وما يرتبط بها من نتائج ، وهذا التصور كان لجوليان روتر 1966 حيث ميز بين فئتين من الناس وفقاً لإدراكهم لمصدر التدعيم ، فدوي مركز التحكم الداخلي يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم وتصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصيتهم ، أما ذوي التحكم الخارجي فيعتقدون أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع أساساً للعوامل الخارجية كالحظ والصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ .

ثم عرف مفهوم التحكم تطور ملحوظاً في العقود الثلاثة الماضية حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية Behavioral health ولقد توصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته Health locus of control ، ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى بربارا وكنيت والستون وسنحاول في هذا الفصل أن نتطرق إلى مفهوم مصدر الضبط أبعاده ، سمات الأفراد في فئتي الضبط ، نظرية مصدر ضبط الصحة بالإضافة إلى علاقة مصدر الضبط ببعض المتغيرات منها : السن ، الجنس والتنشئة الوالدية والاختلافات الثقافية .

1. مفهوم مصدر الضبط :

1.1 مفهوم مصدر الضبط عند "روتر"

لقد نشأ مفهوم مصدر الضبط ، أو مركز التحكم في منتصف الخمسينات (1954) مرتبط بنظرية "روتر" ROTTER في التعلم الاجتماعي

(<http://www.workhealth.org/risk.htm>)، ثم قام كل من " فارس " و " وليام

جيمس " بتطويره ليحتل موقعا هاما في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين .

ومنذ أن ظهر مفهوم مصدر الضبط الداخلي والخارجي ، وهو يمدنا بنتائج تساعد

على دقة التنبؤ بالسلوك الإنساني في المواقف المختلفة سواء في المواقف العملية التجريبية

أو في المواقف الاجتماعية الطبيعية (سهير كامل أحمد : 2000 ، ص 159) .

وقدم " روتر " مفهومي التحكم الداخلي للتدعيم internal control of reinforcement

والتحكم الخارجي للتدعيم External control of reinforcement للإشارة إلى الطريقة

التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها (معتز سيد عبد الله : ص 81) . بمعنى

أنه توقع معمم يشير إلى ميل الأفراد لتفسير سلوكياتهم على ضوء القوى التي تتحكم في

التعزيزات التي يتلقونها ، واعتقادهم فيها ما بين أن تكون خارج ذواتهم أو داخلها (فتحي

محمد الزيات : 2001 ، ص 433) .

بناء على هذا الاعتقاد في وجهة الضبط بين الداخلي والخارجي يعرفه روتر بأنه : "

عندما يدرك الفرد التعزيز بعد أدائه العديد من الأفعال ويعتقد أن هذا التعزيز لا يتوقف

على أدائه كلية ، فإن هذا يدرك على أنه نتيجة للحظ والصدفة ، والقدر وتحت هيمنة

الآخرين الأقوياء ، أو بشيء غير متوقع بسبب إن هناك تعقيدات من القوى التي تحيط به

وعندما يفسر المرء الحدث بهذه الطريقة فنحن نصف الفرد على أنه يعتقد في الضبط

الخارجي بينما إذا أدرك الفرد أن وقوع الحدث يتوقف على سلوكه وخصائصه فإننا نصف

أن هذا الفرد بأنه يعتقد في الضبط الداخلي " (مدور مليكة : 2005 ، ص 17).

فالأفراد ذو الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته

ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية أو بعوامل تتعلق بشخصيته مثل: الذكاء، والمهارة، والكفاءة،

وسمات الشخصية... أما الأفراد ذو الضبط الخارجي فيعتقدون أن التدعيمات سواء كانت إيجابية أو

سلبية ترتبط في المقام الأول بعوامل خارجية مثل الحظ، الصدفة، القدر، وتأثير الآخرين أو بعوامل أخرى غير معروفة (معتز سيد عبد الله: ص ص 81، 82).

يرى "روتر" أن هذا الاعتقاد في مصدر الضبط يرجع إلى أن معظم السلوك الإنساني يحدث في بيئة اجتماعية، ويتم اكتسابه بالتالي من خلال عملية التفاعل الاجتماعي مع الأفراد، فهو يرى بأن للبيئة الاجتماعية دورا بارزا في إرضاء الحاجات لدى الأفراد وتعمل على حفزهم على تعلم السلوك الذي يحقق لهم التعزيز أو يجنبهم العقاب في السياق الاجتماعي الذي يتفاعلون فيه (عماد الزغلول: 3: 200، ص ص 243، 244).

إن تأكيد "روتر" ضرورة تحديد السياق الاجتماعي الكلي الذي يحدث فيه السلوك كعامل مهم في التنبؤ بهذا السلوك يقارب إلى درجة كبيرة وجهة نظر "ليقين" في نظرية المجال.

وتحديدا يرى "روتر" أن السلوك هو نتاج تفاعل متغيرات الشخصية مع متغيرات الموقف الذي يتفاعل الفرد معه، فعناصر الموقف أو البيئة ليست مجرد عناصر طبيعية وإنما هي مؤشرات تعمل على إثارة التوقعات المرتبطة ببعض الأحداث، لذلك تكمن أهمية البيئة في المعنى الذي يدركه الفرد ويطوره بشأنها، ويتحقق هذا المعنى عن البيئة من خلال الخبرة السابقة أو التعلم، وهكذا فإن المواقف تنطوي على مجموعة إشارات تنثير توقعات لاحتمالات أن بعض الأنماط السلوكية يمكن أن تؤدي إلى نتائج معينة.

واحتمالية حدوث أو تعلم هذا الأنماط السلوكية تتوقف على عاملين هما: التوقع وقيمة التعزيز، ويشير مفهوم التوقع إلى "Expectancy" إلى الاحتمالية التي يتصورها الفرد فيما يتعلق بحدوث التعزيز كوظيفة للفعل السلوكي الذي يقوم به في موقع ما، ومثل هذا التوقع يتأثر بعدد من العوامل مثل الطريقة التي من خلالها يصف الفرد الأحداث وقدرته على تعميم خبراته السابقة والاستفادة منها، بالإضافة إلى إدراكه لعناصر الموقف، أما قيمة التعزيز فتشير إلى مدى التفضيل والرغبة لدى الفرد في الحصول على تعزيز معين في حال وجود أو توفر فرص متشابهة لأشكال أخرى من التعزيز.

نخلص إلى أن مصدر الضبط يشير إلى ميل الأفراد لتفسير سلوكهم على ضوء القوى التي تتحكم في التعزيزات أو التدعيمات التي يتلقونها، واعتقادهم فيها ما بين أن تكون خارج ذواتهم (ضبط خارجي) أو داخلها (ضبط داخلي).

2.1 مفهوم مصدر الضبط لدى بعض السيكولوجيين

نورد فيما يلي بعض التعاريف حول مصدر الضبط لدى بعض السيكولوجيين وهذا بعد تقديم "روتر" تعريف مصدر الضبط انطلاقاً من نظريته في التعلم الاجتماعي :

1 - فارس 1957 Fares : يعرف أنه " مدى إدراك الفرد لنتائج المهمة التي يقوم بها فإذا أدرك أن نتائج المهمة لا يمكن التنبؤ بها أو أنها كنزوة أو أن النتائج تعود إلى الحظ أو الصدفة فإن الفرد في هذه الحالة يكون ذا وجهة ضبط خارجية ، أما إذا أدرك المرء أن نتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى إنجازها فإنها في هذه الحالة يكون ذا تحكم داخلي (مدور مليكة، 2005، ص ص 21 - 22).

2 - لازاروس 1966 Lazrus : يعرفه بأنه " إن الفرد صاحب الضبط الداخلي يدرك كفاءته وقدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص وتكون لديه توقعات إيجابية في ما يتعلق بالثقة في النفس والاعتماد على الآخرين ، أما صاحب الضبط الخارجي فلديه توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته في التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقادات أنه يعمل في عالم عدائي " .

3 - كرنال 1973 Crandall : يعرفها كما يلي : " إن وجهة الضبط الداخلية تشير إلى تصور الأفراد للأحداث التي تحدث لهم نتيجة الجهد الخاص ، بينما الأحداث السلبية تكون نتيجة القدر والحظ والصدفة ، أما وجهة الضبط الخارجية هو تصور الأفراد على أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي أما الأحداث الإيجابية فتكون نتيجة لكرم الآخرين أو من القدر أو الصدفة .

4 - وريل وستيل وايل 1981 Woril and Still well : " إن وجهة الضبط تصف التوقع العام للفرد حول العلاقة بين مجهوداته ومهاراته وهدفه في النجاح والتفوق ، فعلى سبيل المثال يميل الطلاب ذوي الضبط الداخلي إلى عزو نجاحاتهم أو فشلهم لمهاراتهم الخاصة ومجهودهم الخاص أو إهمالهم ، أما الطلاب ذوي الضبط الخارجي فيميلون لعزو نجاحهم أو فشلهم لعوامل خارجية مثل : الحظ الحسن أو السيئ أو سهولة الامتحان أو أن الأستاذ عادل أو غير منصف " .

5 - موريس 1982 Mouris : وجهة الضبط تعتمد على كيفية تأثير التعزيزات في

التوقع والسلوك حيث يميل ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي لأن يرو أنفسهم سادة على أقدارهم وعلى أنهم أصل تعزيزاتهم وما يحصلون عليه من مكافأة وبدلاً من أن ينخرطوا في لعب القمار فإنهم يبحثون عن وسائل لتقويم أنفسهم وتحسين كفاءتهم ومهارتهم الخاصة ويعتقدون أن الترقية تعتمد على العمل الجاد وعلى ما يعرف الفرد من معلومات ومهارات في مجال عمله ، وليس على ما يعرف من أصحاب السلطة والنفوذ ، أما ذو الاعتقاد في الضبط الخارجي فيميلون إلى تأكيد أن الحظ والصدفة والبروج ولعب اليانصيب ويعترفون بالتعويضات الجاذبة للحظ الحسن ، كما أنهم يرون أن الترقيات تكون نتيجة الظروف الممتازة التي تناسبهم .

6 - سليمان الحضري : " إن وجهة الضبط هي إدراك الفرد للعلاقة بين سلوكه وما يقع

لهم من أحداث فهم أصحاب الضبط الداخلي ، أما أولئك الذين يرون أن العوامل الخارجية هي التي تتحكم في نواتج سلوكهم ومصائرهم مثل : الحظ ، الصدفة ، القدر ، فهم أفراد الضبط الخارجي " .

نخلص إلى أنه مهما تباينت هذه التعريفات فيما بينها إلى أنها تدور بشكل عام حول ميل واعتقاد الفرد في مصادر التعزيزات التي تحدث له أو التي يتلقاها وهي بدورها تؤثر على سلوكه الآني أو المستقبلي ، فإما يدرك هذه التعزيزات على أنها نابعة من ذاته وبالتالي فإن النتائج السلوكية التي تحدث تكون تبعا لهذا التعزيز فيوصف الفرد في هذه الحالة على أنه من الأفراد ذوي الضبط الداخلي ويتميز بالثقة الإيجابية والمهارة والذكاء في الأداء ، وإما يدرك أن هذه التعزيزات أو التدعيمات على أنها خارجية وبالتالي يوصف في هذه الحالة على أنه من الأفراد ذوي الضبط الخارجي ويتميز بسلبية عامة ، وقلة المشاركة في الإنتاج إلخ .

3.1 مفهوم مصدر الضبط الصحي :

عرف مفهوم التحكم الذاتي أو مصدر الضبط Locus of control تطورا ملحوظا في العقود

الثلاثة الماضية ، حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة

السلوكية، ولقد توصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته.

ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى بربرا وكنيث والستون (Walston) حيث قاما بإعداد أداة خاصة بقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم وتعرف Multidimensional Health locus of control (عثمان يخلف : 2001 ، ص ص ، 93- 94) .

وهذا انطلاقاً من أعمال "جوليان روتر" حول مصدر الضبط الذي قدمه من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي ، والذي يقيس أو يبحث في إدراك الفرد في كيفية التحكم أو مراقبة صحته من خلال سلوكه (داخلي) أو من خلال القوة أو الحظ عوامل خارجية تتحكم في سلوكه " ، ويتضمن مفهوم مصدر الضبط الصحي التربية الصحية ، وترقية إدراك الفرد من أن صحته أكثر احتمالية أن تكون داخلية الضبط وبالتالي تحمله وإدراكه لمسؤولياته اتجاه ذلك يعكس ذوي التحكم الخارجي أي أنهم يعتقدون أن صحتهم يتحكم فيها ذو النفوذ من الأطباء والممرضات أو عوامل خارجية أخرى مثل الحظ والصدفة (Gregory I : 1990 p122) .

2. أبعاد مصدر الضبط الصحي

قدم " روتر" وزملاؤه إسهامات جديدة في دراسات الإسناد، فقد ركز على نظرية التعلم الاجتماعي ، والتي يرى فيها أن أغلب أنواع السلوك يتم اكتسابها خلال المواقف الاجتماعية ، وتتبع عن حاجات لا يمكن إشباعها إلا بمساعدة الآخرين (جون دكت : ت عبد الحميد صفوت : 2001 ، ص 27) .

ويتم اكتساب السلوك الاجتماعي واستمرار أدائه على ضوء إدراك الشخص لموضوع التدعيم لهذا السلوك فإذا قام الشخص بسلوك معين ونجح فيه فإن إدراك نجاح السلوك هو الذي سيحدد هل سيستمر الشخص على أدائه أم سيتغير عنه .
والتمييز الأساسي في دراسات "روتر" وزملائه هو في إدراكه موضع السببية هل هي الصدفة أم المهارة ، فلو كان إدراك نجاح الشخص في سلوك معين راجع إلى مهاراته (إسناد داخلي) سوف يميل إلى تكرار ذلك السلوك لأنه كان سبب في النجاح ، أما إذا أدرك

أن نجاحه يرجع إلى الصدفة أو الحظ (إسناد خارجي) فإنه لن يحتاج إلى تكرار ذلك السلوك مرة أخرى ، لأنه ليس السبب في حصوله على النجاح أو المكافأة .
وكما قلنا أو أشرنا سابقا إلى أن " روتر" قدم مفهوميين أو بعدين لمركز الضبط هما :
داخلي - خارجي وعندما استخدم هذا المفهوم في مجال الصحة فإن أبعاده لم تعد كافية بل أصبح مركز الضبط يعتمد على ثلاثة أبعاد وهي :

1.2 المركز الداخلي لضبط الصحة Internal health locus of control :

وهو بعد يقرر درجة اعتقاد الفرد بأن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الشخصي ، فالفرد الذي يحرز ارتفاعا في مركز التحكم الداخلي يكون لديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على حالته الصحية (<http://www.workhealth.org/risk.htm>).

2.2 بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة

powerful health locus of control :

بعد يقرر درجة اعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة الآخرين (العائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي) (Christopher et al : 2003 , p 724) .

3.2 بعد الصدفة لمركز ضبط الصحة Chance health locus of control :

بعد يقرر درجة اعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة القضاء والقدر (Susan et al : 2002) .

3. سمات الأفراد في فئتي الضبط

يتم التمييز بين نوعين من الشخصيات، شخصيات تربط بين ما يحصلوا عليه في الحياة مع ما قدموه أي الربط بين الأسباب والنتائج أو بين المخرجات و المدخلات، فكل أنواع التعزيز الذي حصلوا عليه إيجابا أم سلبا يرجع في الأساس الأول إلى قدراتهم الشخصية وأدائهم ما قدموه (شعبان علي حسين السيسي : 2002 ، ص 94)، وهؤلاء يقال أن لديهم مركز ضبط داخلي وهناك شخصيات تعزي كل ما تحصل عليه في الحياة من خير أو شر على أنه وليد الصدفة والحظ والقدر ، وهؤلاء ذوي ضبط خارجي ، وبالتالي فالشخصيات ذوي مركز الضبط الداخلي يحبون عملهم ويبدلون جهدا عاليا فيه ويكونوا سعداء بهذا الأداء ، أما ذوي مركز الضبط الخارجي فهم يحبون التوجيه من الآخرين ويستمدون سعادتهم من رضا

الآخرين من آدائهم ويصلحوا كمرووسين بطبيعتهم عكس الفئة الأولى التي تزداد لديها الرغبة في الإشراف والإدارة (شعبان علي حسين السيسي : 2002 ، ص 95)، وفيما يلي سنورد بشيء من التفصيل عن سمات الأفراد من كل فئة :

1.3 سمات الأفراد في فئة الضبط الداخلي : يتميزون بما يلي :

- 1- أكثر انتباها وحذرا لنواحي البيئة المختلفة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي (أحمد عبد اللطيف وحيد: 2001، ص 127).
- 2 - يتخذون خطوات جادة تتميز بالفعالية والتمكن لتحسين أحوال البيئة .
- 3 - أكثر اهتماما بقدراتهم وبفشلهم ، ويضعون قيمة كبيرة لتعزيز المهارات .
- 4 - القدرة على خلق انطباع إيجابي، الطموح، والأمل بالفوز، والانشغال بكيفية التأثير في الآخرين (مدور مليكة 2005 : ص 29).
- 5 - يكونون متعاونون وجديين ومقدمين ومغامرين وأكثر تفاعلا في حالات التعلم.
- 6 - يظهرون كفاح صريح لأجل التحصيل.
- 7 - التفتح والمرونة في التفكير وأكثر إبداعا وتحملا للمسائل الغامضة والمشاكل.
- 8 - أكثر ذكاء، ويتميزون بعدم المسaire .
- 9 - الاعتدال في تعريض أنفسهم للخطر.
- 10 - لديهم علاقات سالبة ضد القلق والكآبة وعدم احترام الذات وقليلي الإصابة بالأمراض النفسية، الثقة العالية بأنفسهم .

2.3 سمات الأفراد في فئة الضبط الخارجي : ويتميزون بـ :

- 1 - لديهم سلبية عامة، وقلة في المشاركة والإنتاج (أحمد عبد اللطيف وحيد: 2001، ص 127)
- 2 - لديهم درجة قليلة من الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.
- 3 - أكثر مجارة ومسaire للأحداث (مدور مليكة : 2005: ص 23).
- 4 - أقل ثقة بالنفس وجراة.
- 5 - إدراكهم للنجاح يكون منخفض.
- 6 - أكثر كبت وأنانية .
- 7 - قليلي الاهتمام بالآخرين والالتسام بالارتباك.
- 8 - القلق الدائم والخوف العام والشعور بعدم الاستقرار.

9 - الإجهاد ومواصلة الإنعصاب وعدم الكفاءة.

10 - تنقصهم الأصالة والتفكير.

4. نظرية مصدر ضبط الصحة

1.4 التطور النظري لمصدر الضبط الصحي :

مركز الضبط الصحي ظهر ضمن السياق أو التصور النظري الذي وضعه جوليان روتر ROTTER عام 1966، من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي، حيث وضع تصورا نظريا وعمليا لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي، حيث فروق ROTTER بين فئتين من الناس وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي إدراك الأفراد للعلاقة بين سلوكهم وما يرتبط بها من نتائج (عثمان يخلف : 2001 ، ص ص 90 - 91).

فدوي التحكم الداخلي (Internal) يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم وتصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصيتهم، أما ذوي التحكم الخارجي (External) فيعتقدون أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع أساسا للعوامل الخارجية كالحظ والصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ. والمقياس الذي أعده "روتر" لمركز الضبط ، استمر استخدامه باتساع نحو إدراك التحكم في أبحاث الصحة، بعدها عرضت Hanna Levenson نموذج متناوب، فبينما يرى روتر أن مركز الضبط داخلي - خارجي - نموذج Hanna levenson أكدت علي وجود ثلاثة أبعاد مستقلة، داخلي-الصدفة-ذوي النفوذ، وفقا لـ Levenson الفرد لا يستطيع جمع هذه الأبعاد المستقلة لمركز التحكم في نفس الوقت (<http://www.wiked.uiuc.edu/index.php>). وفي هذا الإطار أسست Leveson مقياسا خاصا أثبت أن الفهم والتخمين يمكن أن يحسن بواسطة دراسة القضاء والقدر وتوقع الحظ، كل بمفرده، بواسطة الست عبارات الخارجية في المقياس الأصلي لمركز ضبط الصحة (<http://www.hsc.usf.edu/kambrown/locusofcontrol>) مثال : " أستطيع أن أفعل فقط ما يطلبه مني طبيبي " وهو يرتبط بالبعد الخارجي لذوي النفوذ ولهذا يلاحظ أن نموذج Levenson اختص بالنتائج النوعية المتعلقة بالسلامة والمرض أما والستون و ولستون Walston et Walston وجدا أن هذا البعد مهم، وبناءا على نموذج Levenson، أساسا مقياس معتقدات الأفراد حول صحتهم

(Multidimenional Health locus of control 1978).

وقد بدأ استخدام هذا المقياس منذ منتصف السبعينات (أول وصف له عند والستون ووالستون ، وديفيليس 1978 في كتاب (Health education monographis) (<http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/mhcscales.htm>) . وهو مقياس يتكون من نوعين من الخيارات A و B، تتضمن 18 عبارة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء كل جزئية إلى ست عبارات، لمعرفة القياسات في الصحة العادية Healthy normaly، للناس التي لا ترتبط أو ترتبط بدرجة ضعيفة مع فرد آخر.

المركز الداخلي لضبط الصحة (IHLC) وهو بعد يقرر درجة اعتقاد الفرد بأن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الشخصي، فالفرد الذي يحرز ارتفاعا في مركز التحكم الداخلي يكون لديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على حالته

الصحية (<http://www.workhealth.org/risk/RFlucosofcontro>) .

أما بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة (PHLC) يقيس الاعتقاد بأن صحة الفرد متحكم فيها بواسطة الناس الآخرين (العائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي) .

وأخيرا بعد الصدفة لمركز ضبط الصحة (CHLC) يقيس الاعتقاد بأن صحة الفرد متحكم فيها بواسطة القضاء والقدر والحظ.

وظهر مقياس آخر لمركز التحكم يدعى " المجال النوعي لقياس إدراك التحكم "

Sphere Specific Measures of Percived Control، الذي أسسه "دولوري" و "بولهيس" Dolroy et Paulhus (1983) وهو استبيان به 30 عبارة مقسمة تحت ثلاثة أبعاد تسمى " فاعلية الشخص "، "التحكم الشخصي الداخلي"، "تحكم سياسي اجتماعي" وأكد "بولهيس" أن بناء مركز الضبط يتكون من أبعاد متعددة، حيث وضع هذا المقياس الذي قاس به التحكم في مختلف مجالات الحياة الذي كان بدوره أوسع من المقياس الذي وضعه "روتر"

(<http://www.workhealth.org/risk/RFlucosofcontrol>) .

نرى أن مركز الضبط الصحي استمد بناؤه أو ظهوره من نظرية التعلم الاجتماعي "لروتر" حيث ميز بين بعدي لمركز الضبط هما مركز الضبط الداخلي - الخارجي، بعدها استخدم هذا البناء في مجالات الصحة العامة، حيث طور هذا البناء من بعدين: داخلي - خارجي إلى ثلاثة أبعاد كما رأت في ذلك Hanna Levenson، وتبنى نفس النموذج كل من "والستون" و "والستون" واعتمدا عليه في بناء مقياس معتقدات الأفراد حول صحتهم والذي يضم 3 أبعاد: بعد

ذوي النفوذ، والبعد الداخلي ، وبعد الصدفة ثم ظهر مقياس آخر يدعى "المجال النوعي لقياس إدراك التحكم " على يد "بولهيس" والذي أكد أن مركز الضبط يتكون من أبعاد متعددة.

2.4 هدف النظرية :

تطور مقياس مركز ضبط الصحة خارج صعوبة التنبؤ أو التكهن بالسلوك الصحي، من خلال تعميم التوقعات، إثر اعتقاد الفرد أن صحته تتحدد أو لا تتحدد بواسطة سلوكه الخاص

(<http://www.hsc.usf.edu/kambrown/locusofcontrol>).

وازدادت أهداف الباحثين الدارسين لمقياس مركز الضبط الصحي والغرض من استخدامه وكذا بالنسبة لنوع المجالات التي استخدم فيها.

فقد استخدم لتمييز الاختيار لأجل دراسة الصحة، الدور السلوكي للمريض واستخدم بغرض قياس ارتباط الصحة بمركز التحكم الذي استعمل بقصد إنجاح برنامج التعليم الصحي، التغير في الاعتقادات أو التوقعات يكون فقط إذا رافقته رغبة تغيير السلوك، توقع الحقائق نتحصل عليها بواسطة مقياس مركز ضبط الصحة.

ومقياس مركز ضبط الصحة يوصي بالاقتران مع مقياس السلوك الصحي، لتعميم برامج التربية الصحية، لأن البعد الداخلي ظهر مرتبطاً أكثر إيجابياً بين الصحة ودور سلوكيات المريض، حيث أن مركز ضبط الصحة أكد على أهمية المربين في أن يشاركوا بأنفسهم لتدريب المرضى ليتجهوا أكثر نحو الاعتقادات الداخلية. و استخدام مقياس مركز ضبط الصحة تختلف أهدافه باختلاف المجال الذي استخدم فيه.

3.4 مفاهيم النظرية :

أ- نظرية التعلم الاجتماعي : يمكن للسلوك أن يحصل بأي وضعية نفسية نوعية، وهي وظيفة التوقع، لكي يكون السلوك موجهاً نحو ممارسة التعزيز في المواقف وهذا لأهميته

(<http://www.hsc.usf.edu/kambrown/locusofcontrol>).

ب- مركز ضبط الصحة : هو درجة الأفراد في اعتقادهم بما يضبط صحتهم سواء بعوامل داخلية أو خارجية.

- ج - المركز الخارجي : الاعتقاد بأن النتائج مضبوطة بقوى الآخرين أو من طرف القدر أو الحظ.
- د - المركز الداخلي : اعتقاد الفرد بأن نتائجه محصلة مباشرة لسلوكه الشخصي.

5. مصدر الضبط الصحي و علاقته ببعض المتغيرات

1.5 مصدر الضبط عند الجنسين :

أثبتت معظم الدراسات مثل دراسات

Seidenberg , Jaclin , Maccole , Helbern , Stellion , Devin (1978) أن الذكور يكونون أكثر تحكما داخليا من الإناث وذلك بسبب الثقة العالية بالنفس ولديهم شعور بالقوة والتحكم في الأحداث وذلك لأن البيئة والمجتمع يطلب من الذكور مطالب معينة تتسم بالصرامة والقوة حيث يدفعون من الصغر لشق طريقهم ذاتيا، عكس الإناث.

ومن جهة أخرى كشفت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق في وجهة الضبط بين الجنسين مثل دراسة كل من Hoston 1984 وصالح الدين أبوناهاية 1987 (مدور مليكة : ص 25).

دراسة أخرى لـ Stanton 1995: بحثت في الكشف عن الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي، حيث وجد أن هناك تغيير في بعد الصدفة من مركز الضبط الصحي (CHLC) وبعد ذوى النفوذ (PHLC) بين 13 و 15 سنة وهذا فقط عند الإناث.

ودراسة Nada Raja 1994، أجرتها على عينة من 800 شاب يفوق سنهم 18 سنة وهذه الدراسة لم تتناول تأثير السن على مصدر الضبط الصحي، لكن بحثت في الكشف عن الفروق بين الجنسين في مستوى كل من الضبط الداخلي وذوي النفوذ في مصدر الضبط الصحي، وبينت كذلك تأثير أحداث الحياة السلبية واعتقاد الأم فيما يخص توجيهه أو تكوين مصدر الضبط الصحي من خلال ارتفاع أو انخفاض مستوى الضبط الداخلي لدى الإناث، أما عند الذكور، فقد بينت هناك علاقة بين ارتفاع في المساندة الاجتماعية والإدراك الذاتي في القوة مع مستوى عالي في الضبط الداخلي (Zdenowicz , 2000 p 78).

هذه الدراسات تؤكد على أنه توجد فروق في مصدر الضبط الصحي الداخلي أو الخارجي بين الجنسين، حيث وجدت بأن الذكور مستوى الضبط الداخلي عندهم مرتفع مقارنة بالإناث وأرجعت هذا إلى الخصائص التي يتميز بها الذكر عن الأنثى وكذا بالنسبة للمسؤوليات التي يتحملها سواء في

الأسرة أو المجتمع، وهذا الأخير يعمل على إعداد الذكور وتنمية ثقتهم بأنفسهم وإيمانهم بقدراتهم بدءاً من التنشئة الوالدية.

2.5 مصدر الضبط والسن :

ينمو الضبط الداخلي - الخارجي متأثراً ببيئة الطفل الأولى، بحيث يكون الدور البارز لوالدي الطفل، وهذا ما تظهره دراساته كل من "كرندال" وآخرون 1956 و "نويكي" و "سيجال" 1974 و "ويتشرون" و "نويكي" 1976، حيث صرحت أن الضبط الداخلي ينمو حيث يكون الحب والدعم والتشجيع الأبوي والدفع والحماية والتدريب على المهارات المختلفة مبكراً والاستقلالية، في حين ينمو الضبط الخارجي حيث يكون الإهمال وقلة التوجيه والنقد اللاذع والسخرية والرفض.

كما أوضحت دراسات "رونهر" وآخرون 1980 أن الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الطفل، حيث أن الأطفال الذين يدركون أنهم مقبلون من خلال العلاقة بالوالدين ينمو لديهم الضبط الداخلي في عمر 9 - 11 سنة، في حين أن الأطفال الذين يدركون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر. وقد أوضحت دراسات كل من بنجا 1979 و لاو 1974 و ريخمان و ليومكي 1975 أن وجهة الضبط تنمو مع الزيادة في العمر ليستقر في مرحلة وسط العمر (مدور مليكة، 2000، ص 27).

3.5 مصدر الضبط والتنشئة الوالدية والاختلافات الثقافية :

تعني التنشئة الوالدية تلك الأساليب التربوية التي تمارسها الأسرة على أبنائها ليتعلموا كيف يصبحوا أعضاء مندمجين في أسرهم ومجتمعهم وذلك من خلال التفاعل بين الطفل والوالدين داخل الإطار الثقافي للمجتمع الذي تعيش فيه الأسرة، وبناءً على التصور النظري الذي يرى أن مصدر الضبط هو محصلة للتفاعل بين خصائص الفرد والموقف الاجتماعي الذي يتواجد فيه، فإن هذا يعني أن هناك محددات اجتماعية وثقافية تنمي الاعتقاد في مصدر الضبط وتوجيهه، حيث نجد أساليب في التنشئة الوالدية ينمي بعضها الاعتقاد في الضبط الداخلي وينمي بعضها الآخر الاعتقاد في الضبط الخارجي.

فقد وجد الباحثون ولسون ورامي 1972 Wilson et Ramey أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الداخلي أنون غالبا من أسر تتسم بالحب والديمقراطية والنظام والمعايير المستقرة، في حين الأفراد المعتقدين في الضبط الخارجي يصفون آباؤهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا ويحرمونهم من حقوق كثيرة (بشير معمريّة : 1995 ، ص 120).

أما دراسة صلاح الدين أبوناهاية 1989 حول العلاقات بين مصدر الضبط وأساليب المعاملة الوالدية التي أجراها على 254 طالبا و طالبة من الجامعة الإسلامية بقطاع غزة، فقد تبين منها أن الطلاب والطالبات ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي كانوا يعاملون من والديهم بأساليب التقبل والاندماج وتقبل الفردية، أما الطلاب والطالبات المعتقدون في الضبط الخارجي فقد كانوا يعاملون بأساليب الرفض والإكراه والضبط من خلال الشعور بالذنب و الضبط العدواني و تلقين القلق الدائم والتباعد والسلبية وانسحاب العلاقة.

أبرزت هذه الدراسات أهمية ودور أساليب المعاملة الوالدية في تنمية شعور الطفل بالاستقلالية والاندماج في المجتمع وثقته بقدراته ، وبالتالي توجيهه إلى أن يكون من الأفراد ذوي الضبط الداخلي في حين أن الأساليب الوالدية التي تتسم بالعقاب والنبذ والحرمان تكسب أو تعلم الطفل الدونية والاعتمادية، وبالتالي عدم القدرة على ضبط السلوكات والعوامل التي قد تؤثر فيه، وبالتالي توجيههم إلى أن يكونوا من الأفراد ذوي الضبط الخارجي.

أما بالنسبة للاختلافات الثقافية وأثرها على مصدر الضبط فقد تبين من نتائج دراسات عديدة أن هناك فروقا بين الجماعات في مصدر الضبط تعود إلى الاختلافات الثقافية سواء بين المجتمعات المتباينة أو بين الثقافات المتنوعة داخل المجتمع الواحد.

ففي دراسة قام بها ماهر 1980 Mahler على عينات أمريكية وألمانية ويابانية من طلاب المرحلة الثانوية تبين أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين العينات الثلاثة في مصدر الضبط، حيث كان الأمريكيون أعلى في الضبط الداخلي من الألمانين واليابانيين.

كما وجد هسيا 1969 Hseih أن أبناء الصينيين الذين ولدوا في الو.م.أ أو وصلوا إلى التعليم الثانوي كانوا أعلى اعتقادا في الضبط الداخلي مقارنة بنظرائهم من الصينيين المولودين في الصين والمقيمين بها.

كما وجد علي محمد ديب 1987 في دراسته التي أجراها على عينة مصرية من طلاب الجامعة أن الذكور أعلى في الضبط الداخلي من العينة السعودية (بشير معمرية 1995 : ص 121 - 122).

وهناك دراسة أجريت من طرف Wrightson وآخرون (1997) على نساء من مختلف الخلفيات الثقافية أو العرقية ومقارنة نتائجهم المحصل عليها على مقياس مصدر الضبط الصحي على عينة تتكون من 101 من نساء جنوب آسيا و النساء ذوات الأصل القوقازي، فتوصلت النتائج إلى أن نساء جنوب آسيا كانت النتائج عندهن في مصدر الضبط الصحي عالية في بعد الصدفة وبعد ذوي النفوذ، وقد اعتمد في هذه الدراسة على متغيرات ديمغرافية كالوضع الصحية ونوعية الديانة وخلصت إلى أن التنوع الديني في آسيا، قد يساعد في تفسير هذه النتائج لكن ليس كلية (Wrightson K j 1997).

هذه الدراسات تبين أن مصدر الضبط متغير معقد ويتأثر بكثير من العوامل، وبما أنه اعتقاد متعلم فهو يتأثر بكل المتغيرات والمعطيات البيئية من أساليب تربوية واختلافات ثقافية وحضارية، فالأفراد الذين ينمو لديهم الاعتقاد في الضبط الداخلي هم الأفراد الذين ينشؤون في مجتمعات تعودهم على الاستقلال الشخصي وتشجع فيهم القدرات الفردية، أما الأفراد الذين يرتفع عندهم الاعتقاد في الضبط الخارجي، فهم أولئك الذين ينشؤون في مجتمعات تعيش تحت القهر الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والعسكري حيث يتعودون على العجز والسلبية والتبعية.

خلاصة :

انطلاقاً من أعمال جوليان روتر (Jullian Rotter) حول مصدر الضبط الذي قدمه من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي، و الذي يبحث في كيفية إدراك الفرد للتعزيزات التي تحدث له أو التي يتلقاها، قام بعدها العديد من الباحثين من خلال هذا المفهوم بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية. و كان الفضل في تطبيقه في هذا المجال (المجال الصحي) إلى بربرا و كنيث و الستون، حيث قاما بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم، و تعرف بـ :

<< Multidimensional Health Locus of Control >>

و هو يقيس ثلاثة أبعاد هي : المركز الداخلي لضبط الصحة (IHLC)، بعد ذوي النفوذ (PHLC)، و بعد الحظ و الصدفة (CHLC).

و كل فرد له خصائص خاصة به انطلاقاً من تربيته لوجهة ضبط معينة، فسمات الشخصية لدى الأفراد ذوي الضبط الداخلي هي غيرها عند الأفراد ذوي الضبط الخارجي. و يؤثر في مصدر الضبط بعض المتغيرات كالجنس و السن و التنشئة الاجتماعية.

الفصل الثاني :

الكفاءة الذاتية

تمهيد

1. مفهوم الكفاءة الذاتية
2. مصادر الكفاءة الذاتية
3. تأثير اعتقاد و ادراكات الفرد على كفاءته الذاتية
4. مقارنة بين كفاءة الذات العالية و المتدنية
5. نظرية الكفاءة الذاتية

خلاصة

تمهيد

يعتبر مفهوم كفاءة أو فعالية الذات self-efficacy من المفاهيم الهامة في تفسير سلوك الأفراد خاصة من وجهة نظر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory (محمود السيد عبد الرحمن : 1997 ، 393)، ويشير "باندور" 1977 إلى معتقدات الأفراد حول قدراتهم على كبح أو تنظيم تصرفاتهم الهامة في حياتهم باعتبارها إدراك هؤلاء الأفراد لفعالية الذات لديهم ، فكل فرد لديه نمط فريد من فعالية أو كفاءة الذات المدركة والتي تؤثر وتحدد الأنشطة التي يقوم بها الفرد أو يتحاشاها.

إن سلوك الفرد طبقاً لنظرية التعلم الاجتماعي لا تحكمه فقط قدرة الفرد المدركة على إنجاز السلوك بل يحكمه أيضاً الأثر المتوقع من إنجاز أو تحقيق هذا السلوك ويشير "باندورا" إلى أن مفهوم فعالية الذات من المفاهيم التي تحتل مركزاً رئيسياً في تحديد وتفسير القوة الإنسانية ، ففعالية الذات المدركة تؤثر في أنماط التفكير ، التصرفات ، والإثارة العاطفية ، ولقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن آلية "فعالية الذات" يمكن أن يكون لها قيمة كبيرة في تفسير تصرفات الأفراد لأنها تساعد في تفسير الاختلاف بين بعض أنماط سلوك المسيرة الذي ينتج عن أسباب مختلفة ، ردود الفعل الفسيولوجية ، الخوف واليأس ، والتخلي عن خبرات الفشل كما أن لها دور كبير في تفسير السلوك الصحي ومدى التزام الفرد به لتخطي أزماته الصحية ، وفي هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مفهوم الكفاءة الذاتية ، مصادرها ، تأثير اعتقادات أو إدراكات الفرد في كفاءته ، بالإضافة إلى مقارنة بين كفاءة الذات العالية والمتدنية.

1. مفهوم الكفاءة الذاتية :

1.1 تعريف الكفاءة الذاتية :

تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة مجال علم نفس الصحة Health psychology لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك

(<http://www.de.geocities.com/psychoarab/komp>)

وتستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة " competency expectancies " وتقدير توقعات الكفاءة " self efficacy assessment «وتوقعات الكفاءة الذاتية "self efficacy expectancies». في السياق نفسه.

كما أن بعض المراجع تستعمل مرادف آخر للكفاءة الذاتية وهو «الفاعلية الذاتية self efficacy (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 501). وفيما يلي سنورد بعض التعاريف حول الكفاءة الذاتية :

- يذكر **1982 Egan** "أن كفاءة الذات self-efficacy لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد وإستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتعامل مع الصعوبات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبدلونه " (عبد المنعم أحمد الدريديري ، 2004 ، ص 209).
- ويرى **1986 berry** : " أن الفرد إذا شعر بالكفاءة والثقة أي كفاءة ذاتية عالية ، فإنه من المحتمل أن يبذل الجهد و المثابرة اللازمة لإتقان العمل" (عبد المنعم أحمد الدريديري : ص 209).
- ويذكر **1989 Shell** : " أن الكفاءة الذاتية هي الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص ويطبّقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية الموجودة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين (عبد المنعم أحمد الدريديري : ص 210).
- أما **شنفاريتر 1994** : " فينظر لتوقعات الكفاءة الذاتية أيضا أنها عبارة عن بعد ثابت من أبعاد الشخصية ، تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية (<http://www.de.geocities.com/psychoarab/komp>).

- باندورا **Bandura** : " فيعرف الكفاءة الذاتية بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالبا " (زعطوط رمضان : 2005 ، ص 42).

ويحدد الاعتقاد بكفاءة الذات طريقة إدراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة ، فذوو الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر إيجابية ، وبأن الكروب امتحان وتحد لإمكانيات الفرد ، فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه ويرون أن المواقف الضاغطة تدفعهم إلى التكيف الإيجابي والتغلب عليها (زعطوط رمضان : 2005 ، ص 42).

نستخلص من هذه التعاريف ما يلي :

- تتضمن الكفاءة الذاتية القدرة والاستعداد والجهد الذي يبذل من طرف الأفراد في التعامل مع الصعوبات.
- الكفاءة الذاتية تتضمن المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية التي تطبق من أجل أداء مهمة.
- تعتبر كذلك بعد ثابت من أبعاد الشخصية.
- تتمثل كذلك في الاعتقادات التي يتمثلها أو يدركها الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء.
- وبهذا نخلص إلى أن الكفاءة الذاتية أو الفعالية الذاتية هي صفة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص اعتقاداته حول قدراته واستعداده لتطبيق المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية التي لديه من أجل التعامل مع الصعوبات ومواجهة الأحداث والسيطرة عليها.

2.1 طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية :

- الكفاءة أو الفاعلية الذاتية هي مجموعة متميزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة (فتحي محمد الزيات، 2001 : ص 508) ب :
- الضبط الذاتي لعمليات التفكير Self regulation of thought processe .
 - الدافعية Motivation .
 - الحالات الانفعالية والفيسيولوجية Affective and physiological states .
- وهي قابلية عامة أو معممة تقوم على ما يعتقد الفرد أنه يملكه أو يمكنه عمله، لا ما يملكه أو يقوم به بالفعل تحت مختلف الظروف أو السياقات.

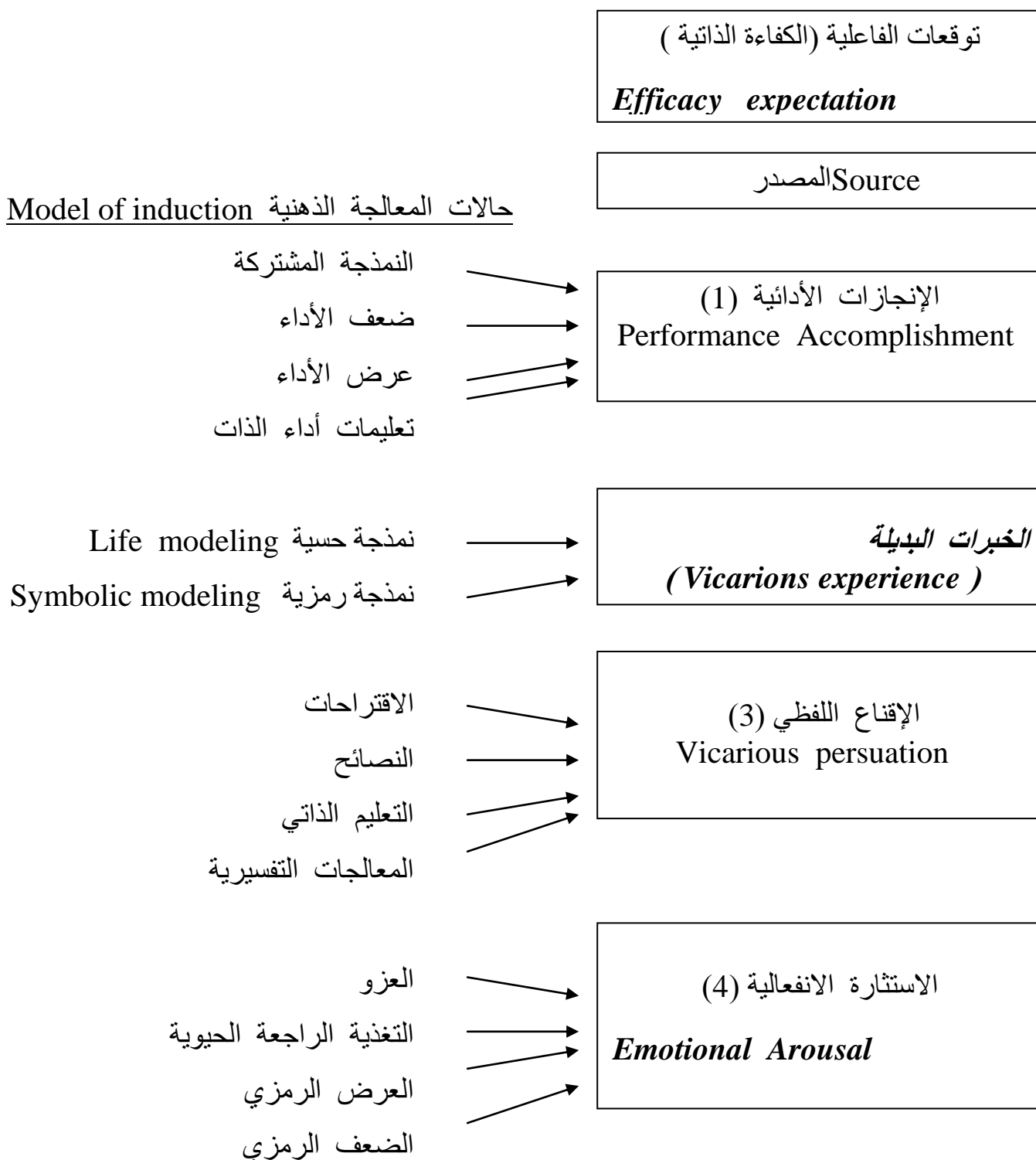
كما أنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد:

- فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأكاديمي.
- ومن حيث الدرجة تختلف باختلاف: المستوى، درجة العمومية، القوة أو الشدة.

2. مصادر الكفاءة الذاتية

إن الإحساس بالكفاءة أو الفاعلية الذاتية وإدراكها ل يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد (عثمان يخلف، 2001 : ص 104)، وتوجد حسب Bundua أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة أو فاعلية الذات وهي موضحة في الشكل التالي (يوسف قطامي، 2004 ، ص 184) :

شكل رقم 01 : يبين مصادر الكفاءة الذاتية :



1.2 الإنجازات الأدائية Performance Accomplishment :

تشكل الخبرات النشطة السائدة ذات الدلالة في حياة الفرد أكثر مصادر المعلومات المتعلقة بالكفاءة الذاتية، نظراً لأنها تقدم الأدلة الفعلية الحقيقية على مدى إمكان سيطرة الفرد أو نجاحه فيما يسعى إليه لتحقيقه (فتحي محمد الزيات : 2001 ، ص 511).

وتبني النجاحات المتكررة حس قوى، وثقة في الكفاءة الذاتية للفرد بينما يضعف الفشل المتكرر هذا الحس ويخفض ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته وخاصة إذا تحقق الفشل قبل أن يتأكد لديه على نحو راسخ شعوره بكفاءته الذاتية، وعلى هذا فتأثير الفشل يختلف باختلاف توقيت حدوثه وتكراره وديمومته، وتحتاج عملية إعادة بناء ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته، ومن ثم كفاءته الذاتية، إلى تكرار ممارسة الفرد لخبرات النجاح، والتغلب على العقبات أو المعوقات، اعتماداً على تكرار جهد ذاتي مستمر ونشط .

ومع أن النجاح عادة ما يرفع اعتقادات أو إدراكات الكفاءة الذاتية، كما أن الفشل المتكرر يؤدي إلى خفضها، وفي مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي، حيث أن الأفراد الذين تنقصهم مثلاً القدرة على مزاولة نشاط معين، يميلون إلى الشعور بالإحساس بالفاعلية بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة ولبعض الوقت، والأشخاص الذين يحافظون مثلاً على وزن عادي أو سليم لهم القدرة على امتلاك إحساس قوي بالفاعلية نظراً لقدرتهم على ممارسة العادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة. وعليه تعتبر الإنجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات صلة بالفاعلية (عثمان يخلف، 2001 ، ص 105)، إلا أن أثر الإنجاز أو الأداء الإنجازي على اعتقادات أو إدراكات الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات وقيمتها المدركة و مدى تقدير المجتمع و الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات (فتحي محمد الزيات، 2001 ، ص 511)، ويتوقف المدى المحدد لاستقرار حسن أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه لإنجازات على المحددات التالية:

– فكرته المسبقة عن إمكاناته وقدراته ومعلوماته.

– إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.

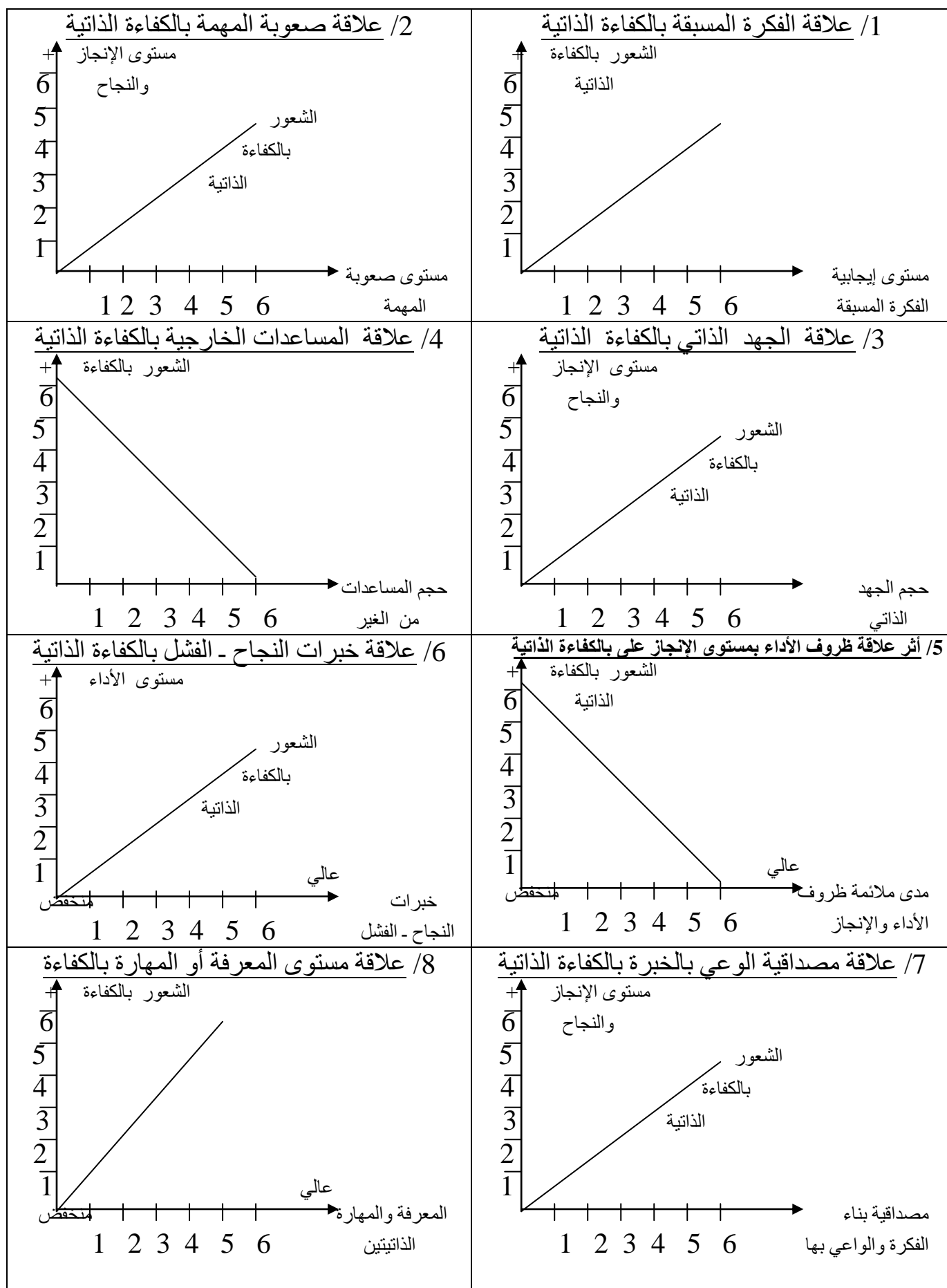
– الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف.

– حجم أو كم المساعدات الخارجية.

– الظروف التي خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.

- الخبرات المباشرة السابقة للنجاح و الفشل .
 - أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها، وإعادة تشكيلها في الذاكرة.
 - الأبنية القائمة للمعرفة والخصائص التي تميزها .
- ويمكن تمثيل العلاقات التي تحكم حس أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال هذه المحددات بيانيا على النحو التالي :

شكل رقم 02 : يبين علاقة بعض المحددات بالكفاءة الذاتية



تعليق عام على الرسم البياني :

- 1/ الفكرة المسبقة : كلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانات الفرد وقدراته ومعلوماته نحو الإيجابية، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية أكبر (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 515-516).
- 2/ صعوبة المهام: كلما كان إنجاز الفرد أو مستوى أدائه لمهام أكثر صعوبة غالباً، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية أكبر، والعكس بمعنى أنه كلما مالت المهام أو المشكلات إلى السهولة كلما كان شعوره بمستوى كفاءته الذاتية أقل.
- 3/ الجهد الذاتي: كلما كان مستوى أداء أو إنجاز الفرد قائماً على الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف أكبر، وعبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لديه أكبر.
- 4/ المساعدات الخارجية : كلما كان حجم ونوع المساعدات الخارجية التي يتلقاها الفرد خلال أدائه للمهام والأنشطة أكبر كلما تضاعف شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية .
- 5/ ظروف الأداء : كلما كان مستوى الإنجاز أو الأداء أعلى في ظل ظروف أقل إيجابية أو ضاغطة كلما كان شعور الفرد بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية أعلى، ومعنى ذلك أن الأفراد الذين يحققون إنجازاً ملموساً، رغم ظروفهم الصعبة، يكون إحساسهم بذواتهم أفضل وشعورهم بقوة كفاءتهم الذاتية أعلى .
- 6/ خبرات النجاح والفشل: إن تكرار خبرات النجاح عبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن تكرار خبرات الفشل عبر مدى واسع ومتنوع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية.
- 7/ مصادقية بناء الخبرة والوعي بها : تؤثر مصادقية بناء الخبرة والوعي بها في ظل تكرار خبرات الإنجاز أو ارتفاع مستوى الأداء على الشعور بالكفاءة الذاتية للفرد تأثيراً إيجابياً، فيزيد الشعور بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية مع تزايد درجة المصادقية ويقل كلما استند بناء الخبرة والوعي بها على عوامل أو محددات زائفة أو أقل مصادقية.
- 8/ طبيعة ومستوى المعرفة والمهارة : تؤثر طبيعة ومستوى المعرفة والمهارة التي يمتلكها الفرد على شعوره بكفاءته الذاتية فيزيد شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية بزيادة مستوى المعرفة والمهارة الذاتيتين لديه، ويقل هذا الشعور بانخفاض مستواه ومعنى ذلك أن المعرفة والمهارة الذاتيتين من العوامل القوية المدعمة للشعور بالكفاءة الذاتية.

2.2 النمذجة أو الخبرات البديلة :

عادة ما يميل الفرد إلى ملاحظة غيره من الناس لكي يستفيد من خبراتهم وإنجازاتهم ، لأن ملاحظة الآخرين وتقليدهم وخاصة النماذج الإيجابية منهم يعلمنا مهارات مفيدة وينقل إلينا الإحساس بالفاعلية على أننا قادرون على تحقيق ممارسات ناجحة مثلهم ، وهكذا فحسب مبدأ النمذجة فإن الناس يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم بغيرهم من الناس.

وإن نجاح الآخرين وخبراتهم الناجحة تعتبر كلها مصدر تنمية للفاعلية الذاتية وعلى سبيل المثال فقد يشعر شخص ما بإحساس متزايد بفاعلية الذات فيما يخص قدرته على مواصلة برنامج نشط معين على مدى شهور إذا رأى صديق له يتمتع بإمكانية مماثلة بأنه قد ينجح في ذلك ، وفي نفس الوقت فشل الآخرين في الأداء قد يقلل من فاعلية الذات بدرجة كبيرة (Albert Bandura 1994 , p 31) .

3.2 الإقناع الاجتماعي:

يعد الإقناع الاجتماعي مصدر تأثير هام يعمل على تنمية الفاعلية الذاتية حيث يعتمد الناس في هذا الشأن على آراء الآخرين وانطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدرتهم على تحقيق إنجازات هامة في حياتهم (Albert Bandura, 1999, p 47) .

وتؤثر تقويمات التغذية المرتدة الإيجابية للإمكانات الشخصية بالارتفاع على مستوى الكفاءة الذاتية ، كما يؤثر السياق الاجتماعي والإطار الثقافي الحاضن المدعم لدور الجهد الذاتي للفرد على تنمية اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد .

وفي هذا الإطار يتجه الأفراد مدفوعين إلى تجنب فقد أو إضاعة إمكانات أو قدرات الحاضر أكثر مما يكونون مدفوعين إلى الاحتفاظ بهذه الإمكانات أو القدرات أو تأمينها لتحقيق مكاسب مستقبلية من خلالها (فتحي محمد الزيات، 2001 ، ص 516) .

4.2 الحالة الفسيولوجية :

تؤثر البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تأثيراً عاماً أو معمماً على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية والعصبية لدى الفرد، وعلى هذا فهناك 3 أساليب رئيسية لزيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية وهي :

- 1 - تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.
- 2 - تخفيض مستويات الضغط والنزعات والميول الانفعالية السالبة.
- 3 - تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم .

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه، وعلى تفسير الفرد للأحداث وإدراكها، وتنظيمها وتخزينها، واسترجاعها من الذاكرة، وبصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية وعلى الأحكام التي يصدرها

(فتحي محمد الزيات: 2001، ص 517).

3. تأثير اعتقادات أو إدراكات الفرد على كفاءة أو فاعلية إمكاناته الذاتية

يرى باندورا (Bandura) أن الاعتقادات أو الإدراكات عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي :

1.3 اختيار السلوك :

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه ويبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة والثقة والإنجاز، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك، وتشير القياسات التكرار للعلاقة بين الكفاءة أو الفاعلية الذاتية والنتائج المتوقعة والمعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية ودالة بينها (فتحي محمد الزيات، 2001، ص 504) .

حتى الأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديهم، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة أو فاعلية الذات لديهم، وربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة.

والأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس، والتردد في

قبول المهام أو التكاليفات، والقيام بالمهام التي يملكون بالفعل إنجازها، وفي هذا الإطار يستطرد "باندورا" أن الكفاءة أو الفاعلية الذاتية تشكل المحدد الأساسي للسلوك وهي ذات قيمة تنبؤية به، تفوق نتائجه المتوقعة (أي سلوك)، كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من لمعرفة والمهارة التي يملكها الفرد (فتحي محمد الزيات : 2001 ، ص 505).

وعلى ذلك فإن تقيمنا لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة أو فاعلية الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة والمهارات التي نسعى إلى اكتسابها ، وكذا النتائج التي نتوقعها ، ومن ثم فإن الكفاءة أو الفاعلية الذاتية هي محدد قوي للاختيارات التي يقوم بها الأفراد .

2.3 كم ومعدل الجهد:

تحدد الاعتقادات عن الكفاءة الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلة أو ماثبرتهم في أداء النشاط المستهدف

self beliefs determine how much effort people will expend on an activity

and how long they will persevere (فتحي محمد الزيات : 2001 ، ص 505).

فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة الكفاءة أو الفاعلية يبذلون جهود أكبر ويحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة .

وهذه الوظيفة لإدراكات أو اعتقادات الكفاءة أو الفاعلية الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة أو الفاعلية الذاتية، يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة أو الفاعلية الذاتية .

3.3 أنماط التفكير وردود الأفعال :

تحدد اعتقادات أو إدراكات الفرد لكفاءة أو فاعلية الذات لديه أنماط من التفكير وردود الأفعال الانفعالية، فقد وجد collins 1986 أن الإحساس بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل ونتيجته، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية إلى إعزاء أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته، وهذا

الإعزاء أو التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح ، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة (فتحي محمد الزيات : 2001 ، ص 506).

4.3 الفرد منتج للسلوك :

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متنبأ به ومؤدى هذا الافتراض ببساطة :
 - أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء.
 - أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل .
 وعلى ذلك فإن إدراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر وكيف نشعر وكيف نسلوك أو نتصرف.

والجدير بالاهتمام هنا هي أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، ولكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط وملموس كي يسلك أو يستجيب من خلالها، وهو ما أشار إليه Bandura بمفهوم مبدأ الحتمية التبادلية أو التبادلية الحتمية. 1977

4. مقارنة بين كفاءة أو فاعلية الذات العالية والمتدنية

يمكن التمييز بين الكفاءة الذاتية المتدنية والعالية عند ملاحظة الخصائص وفق أربعة عناصر وهي : العمليات المعرفية، الدافعية، العمليات الإنفعالية، عمليات الاختيار (يوسف قطامي، 2004 : ص ص 186 ، 187 ، 188) .

1.4 العمليات المعرفية Cognitive processes**جدول رقم 01 : بين العمليات المعرفية لكفاءة الذات العالية و المتدنية**

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ أهداف غير واضحة ومشكك بها.	1/ أهداف واقعية، مفهومة وواضحة وقابلة للتحقق، ويظهر التزاما بها.
2/ يطور حوارات ذاتية فاشلة وخاطئة حول أهدافه.	2/ يطور حوارات ذاتية ناجحة حول أهدافه.
3/ يفشل السيطرة على الأحداث .	3/ يسيطر على الأحداث المؤثرة في حياته وخاصة الغامضة.
4/ أكثر شكا وشرودا، متدن الطموح والأداء.	4/ تفكير تحليلي يساعدهم على تحدي أدائهم لتلبية طموح عالي، ويواجه العوائق والصعوبات.
5/ يتشككون في إمكانية مواجهة الصعاب والمعوقات عند تحقيق أهدافهم.	5/ يتخيلون أنهم يحققون أهدافهم .

2.4 الدافعية Motivation**جدول رقم 02 : يبين الدافعية لكل من كفاءة الذات العالية و المتدنية**

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ يبذلون جهدا متدنيا لتحقيق الأهداف.	1/ يبذلون جهدا عاليا لتحقيق الأهداف.
2/ لديهم أفكار متدنية عن قدراتهم مما يجعلهم يفشلون.	2/ لديهم أفكار عالية عن قدراتهم مما يجعلهم يبذلون جهودا كبيرة.
3/ مثابرة متدنية.	3/ مثابرون بدرجة كبيرة.
4/ مصادر أهدافهم وواقعيتهم خارجية .	4/ مصادر أهدافهم ودافعيتهم داخلية .
5/ يشكون بقدراتهم ويفشلون في بذل الجهد المناسب.	5/ لديهم قناعة ذاتية بالقدرة وبذل الجهد المناسب.
6/ يواجهون إحباطا في مواجهة المواقف الصعبة.	6/ الدوافع تعمل على تعزيز قدراتهم في مواجهة أهداف صعبة التحقيق.
7/ تدني إمكاناتهم في ممارستهم للتدريب الذاتي	7/ يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب الذاتي.

3.4 العمليات الانفعالية Affective processes

جدول رقم 03 : يبين العمليات الانفعالية لكل من كفاءة الذات العالية و المتدنية

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ تدني إمكانات استفادتهم من التدريب .	1/ يتدربون في السيطرة على التهديدات .
2/ تزداد لديهم درجات القلق .	2/ تدني لديهم درجة القلق .
3/ تتدني إمكانية استفادتهم من درجات ضبط ذاتهم.	3/ يتدربون على ضبط أنفسهم بدرجة عالية.
4/ البيئة مصدر خطر وتهديد .	4/ ظروف مناسبة ويمكن السيطرة على متغيراتها .
5/ يعمل الإحباط على إفساد مستوى أدائه الوظيفي ومعاناته للتهديد .	5/ يواجهون الإحباط بفاعلية ويتفوقون على مصادرها .
6/ يفشل في مواجهة المخاوف البيئية المحيطة .	6/ يوفر بيئة يسيطر فيها على المخاوف المحبطة .
7/ يطور عزله بسبب فشله في مواجهة أحداث البيئة.	7/ يتفاعل مع الآخرين ويتجاوز الصعوبات البيئية.
8/ يطور اضطرابات جسدية من مثل الضغط ونقص المناعة وسرعة تطور أعراض المرض بسبب الإحباط وعدم القدرة على السيطرة .	8/ يطور استراتيجيات نحو قدرته على السيطرة على الإمكانات البيئية بالثقة بنفسه وضمان مواجهة ما يصادف، وهو متكيف سوي .

4.4 عمليات الاختبار Chosing processes

جدول رقم 04 : يبين عمليات الاختيار بين كل من كفاءة الذات العالية و المتدنية

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ سلوكه استجابة للمتغيرات البيئية ويصعب عليه مواجهتها .	1/ سلوكه نتاج لتفاعل عملياته الذهنية الداخلية وخصائص المتغيرات البيئية.
2/ يشعر أن المواقف تتجاوز قدراته.	2/ يختار نشاطات مناسبة ويستطيع استثارة قدراته لتحقيق ما يريد.
3/ يفشل في مواجهة التحديات ويفتقر إلى مهارة الاختيار.	3/ ينجح في مواجهة التحديات ولديه مهارة في الاختيار .
4/ تضطرب اختياراته المهنية .	4/ يختار مهنة مناسبة .
5/ لديه مدى محدود من مجال الاختيار المهني.	5/ لديه مدى واسع لاختيار المهنة المناسبة .

5. نظرية الكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات

تعد نظرية باندورا 1977 Bandura للتعلم الاجتماعي Social learning theory من أكثر النظريات استعمالاً في الدراسة والبحث عن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي (عثمان يخلف، 2001، ص 34)، ويرى باندورا أن سلوك الفرد الاجتماعي يحدث وفقاً لتوقعاته الخاصة بكل من :

– توقعات النتائج Perceived out come expectation .

– والفاعلية الذاتية Perceived self efficacy .

وحسب هذا النموذج يمكن أن نتوقع ممارسة السلوك الصحي عند ما تتوفر قناعة لدى الفرد بأنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سترجع عليه بفائدة كبيرة.

بمعنى أن اعتقاد الفرد عن ما يملكه من إمكانيات (فاعلية الذات أو الكفاءة الذاتية)، تمكنه من أن يمارس ضبطاً قياسياً أو معيارياً لقدراته، وأفكاره ومشاعره وأفعاله وهذا الضبط القياسي أو المعياري لهذه المحددات يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنه في علاقته بالمحددات البيئية المادية والاجتماعية (فتحي محمد الزيات : 2001، ص 501)، والنتائج المتوقعة تكون تبعا لهذا الاعتقاد في الإمكانيات.

ويرتبط مفهوم الكفاءة أو الفاعلية الذاتية على نحو موجب بوجهة الضبط الداخلية لروتر 1966 Rotters internal locus of control، والعزو أو التفسير السببي للنجاح والفشل لواينر 1982 Weiner s : Attribution theory.

وقد كان ظهور هذا المفهوم على يد ألبرت باندورا عام 1977 عندما نشر مقالة بعنوان "كفاءة أو فاعلية الذات : نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك"، حيث خضع هذا المفهوم للعديد من الدراسات عبر مختلف المجالات والمواقف، حيث لقي دعماً متنامياً وطردها من العديد من نتائج هذه الدراسات (فتحي محمد الزيات : 2001 ، ص 502).

وباتت كفاءة أو فاعلية الذات بؤرة اهتمام الدراسات التي تتناول المشكلات الإكلينيكية مثل : مشكلات الخوف، والإحباط، والمهارات الاجتماعية، والتحكم في الألم والتدخين، ومشكلات انخفاض مستوى الأداء بوجه عام، ثم طوره باندورا عام 1986، حيث ارتبط لديه بمفهوم الضبط الذاتي للسلوك في نظريته الاجتماعية المعرفية من خلال ما نشره عن الأسس الاجتماعية للتفكير والفعل :

ومن خلال هذه النظرية طور الفكرة القائلة بأن الأفراد يملكون معتقدات believes تمكنهم من أن يمارسوا ضبطاً قياسياً أو معيارياً لأفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم، وهذا الضبط القياسي، يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنهم من حيث مستواها ومحتواها وهذه المعتقدات تشكل نظاماً ذاتياً self system لترميز الأحداث وتمثلها والتعلم بالنمذجة وتخطيط الاستراتيجيات البديلة، ويصبح السلوك نتاج التفاعل المتبادل بين هذا النظام الذاتي للفرد والتأثيرات الخارجية للمحددات البيئية.

وكما قلنا سابقاً أن نظرية "باندورا" هي من أكثر النظريات استعمالاً في الدراسة والبحث عن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي، وحسب النموذج الخاص به يمكن أن تتوقع ممارسة السلوك الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد بأنه سينجح في تنفيذ السلوك

المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها ، وعلى هذا الأساس يرى "باندورا Bandura" أن الفاعلية الذاتية أو الكفاءة الذاتية هي : الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فاعلية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي و عاداته الصحية بطرق عدة (عثمان خلف : 2001 ، ص 35) :

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
 - من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي يبذله للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
 - من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات و الإحباطات المتكررة.
 - من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.
 - من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوره للواقع.
- ويزخر حالياً التراث السيكولوجي بالبحوث والدراسات التجريبية والإمبريقية التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية (فاعلية الذات) "لباندورا" كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة والفعالة للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة، ويكاد يكون هناك شبه اجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة العلمية حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة.

الفصل الثالث :

مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة

تمهيد

1. تعريف مرض السكري
2. أسباب مرض السكري
3. أعراض مرض السكري
4. أنواع مرض السكري
5. شخصية المصاب بالسكري
6. مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة

خلاصة

تمهيد

كما رأينا في الفصلين السابقين، أن متغيري - مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية - أصبحا من المفاهيم أو المتغيرات الوسطية بين الفرد وسلوكه الصحي وأن توقع نتائج سلوكه العام والصحي خاصة يكون انطلاقاً من معتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته ، بمعنى آخر أن صحة الفرد تتوقف بالدرجة الأولى على مدى اعتقاده بأنه المسؤول عن صحته (ضبط داخلي) أو أن الحظ والصدفة وقوة الآخرين هي المسؤولة عن صحته (ضبط خارجي) هذا من جهة، ومن جهة أخرى وحسب نظرية فاعلية الذات لباندورا Bandura فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية ، أي عندما تصبح فاعلية أو كفاءة الذات متغير أساسي في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد.

وترى نظرية فاعلية الذات أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية يتم وفق شرطين أساسيين هما : **توقعات الفاعلية Efficacy Expectancy** وهي خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك مثلاً : " هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب " ، **وتوقعات النتيجة Outcoma expectancy** وهي خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه، ويعني كذلك الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية مثلاً : " هل التزامي بحمية غذائية صحية سيجميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية " (**عثمان يخلف ، 2001 ، ص 103**) ، وبعبارة أخرى فإن فاعلية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة فيه تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية.

وكما نعلم أن المرض المزمن (السكري خاصة) من الأمراض التي يصعب الشفاء منها تماماً، فهي تبقى ملازمة للشخص طوال حياته ويصعب تحديه ، ويعتبر السكري من أكثر أمراض الإستقلاب انتشاراً خاصة في الدول المتقدمة، وهناك تباين في معدلات الانتشار بين الدول المختلفة (**نخبة من أساتذة الجامعات : 1999 ، ص 684**) ، حيث تتأثر معدلات الانتشار بالحالة الاقتصادية ومستوى التعليم ومدى توافر كفاءة الخدمات الصحية، ويتراوح معدل انتشار المرض بين البالغين من 2 - 5 % ، ولقد لوحظ أن التغيير في أسلوب وطريقة الحياة قد أثر على معدلات الانتشار. وبما أن السكري هو من متغيرات هذا البحث

أو بالأحرى أن عينة البحث تمثله فئة مرضى السكري، لذا ارتأينا أولاً إلى التعريف به وأسبابه، أعراضه، أنواعه، ثم التطرق إلى علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالصحة (السكري).

1. تعريف مرض السكري

مرض السكري من الأمراض الشائعة على مستوى العالم، يقدر المصابون به بـ 120 مليون شخص ويتوقع أن يصل العدد إلى 220 مليون شخص مصاب به بحلول سنة 2020 (<http://www.your-dortor.net/diabetes>).

ومرض السكري هو مرض (استقلابي أيضي) مزمن Metabolic Disease يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم Hyperglycemie نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين في الدم أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة (J.Moline : 1992, p 230). وكان المرض معروفا قديماً، وقد شخصه ابن سينا منذ عشرة قرون حيث يبخر البول السكري ليتحول إلى مادة شرابية لزجة أو يتحول لسكر أبيض، وكان مريض السكر حتى مطلع هذا القرن يعتبر الحي الميت وأنه قد حلت به لعنة بعدما حكم المرض عليه بالموت المبكر (<http://ar.wikipedia.org/wiki>)، لأن علاجه لم يكن معروفاً، وكان الأطفال والمراهقون عندما يصابون به تذوي أجسامهم ليموتوا بعد عدة شهور.

وفي سنة 1848 اكتشف الطبيب " فون فلهينغ " طريقة تحليل السكر في البول، وكتب العالم الفرنسي "بوشاردا" عن كيفية الحماية الغذائية، وبرهن العالم الفرنسي "كلود برنارد" أن ارتفاع السكر في الدم ناتج عن زيادة نسبة الجلوكوز فيه (إلياس الأسمر : 1996 ، ص 6). ولكن الحدث المهم بالنسبة لهذا المرض، فقد أتى على يد "فون مارينغ" و"مينكوسكي" حيث أظهر أن استئصال غدة البنكرياس، يسبب مرض السكري، مما حصر البحث العلمي في هذا العضو، تمهيدا لفهم المرض وأسبابه .

وفي سنة 1922، استخرج العلماء الكنديون والأوروبيون مادة مهمة جداً هي "الأنسولين" وجربوها على أجسام الكلاب، بعد استئصال غدة البنكرياس منها ووجدوا أن الأنسولين يخفض من

نسبة ارتفاع السكر في الدم. ولا تزال الأبحاث العلمية في وقتنا الحاضر تصب الجهود لجعل الأنسولين الكيميائي مشابهاً الأنسولين الإنساني، ولتحسين آلة غدة البنكرياس الاصطناعية أملاً في الانتصار الكلي على هذا المرض.

نخلص إلى أن مرض السكري من الأمراض المزمنة الشائعة في العالم والذي يتميز بارتفاع نسبة السكر في الدم نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين أو لخلل في تأثيره على الأنسجة.

2. أسباب مرض السكري

هناك عدة أسباب لحدوث مرض السكري منها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية وهي كما يلي :

1.2 عوامل بيولوجية :

- **نقص الأنسولين** : يعتبر نقص الأنسولين المسبب الأساسي لداء السكري المعتمد على الأنسولين، ونقص الأنسولين يأتي من إصابة البنكرياس إما بإصابات معدية أو بأورام حميدة أو خبيثة وقد يكون سبب هذا النقص اضطراباً في الجينات، أو مناعة ذاتية Autoimmunity أو اضطراباً في تكوين الأنسولين أو نقصاً في حساسيته (نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : 1999 ، ص 685) .

- **الوراثة** : يلعب عامل الوراثة دوراً هاماً في هذا المرض ، حيث ظهر تجمع للحالات في بعض العائلات (نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : 1999 ، ص 686) ، كذلك أظهرت البحوث الوبائية التي أجريت على التوائم أن عامل الوراثة عامل قوي لوقوع المرض .

كما ظهر السكري المعتمد على الأنسولين له علاقة بوسمات جينية مثل مستضدات الكريات البيض البشرية (HLA) من نوع B8 ، B15 .

- **المناعة** : هناك بعض المشاهدات التي تدل على أن بعض الأشخاص يصابون بخلل في آلية المناعة، حيث تقوم الخلايا المناعية بمهاجمة الخلايا المفرزة للأنسولين تحت ظروف بيئية خاصة .

- **البدانة** : توجد علاقة إيجابية مؤكدة بين البدانة وبين السكري غير المعتمد على الأنسولين، وقد ظهر أن 82 % من السكريين من بين البالغين مصابون بالبدانة.

2.2 عوامل نفسية واجتماعية : عندما يتعرض الإنسان للبرد أو للتعب أو للقلق أو

لخسارة مادية كبيرة يمكن أن يصاب بداء السكري، ولكن السبب الرئيسي لهذه الإصابة، لا يكمن حتما في الحالة النفسية بحد ذاتها، بل الاستعداد السابق للحالة والموجودة عند الشخص المصاب إذ تأتي الحالة النفسية لتزيد تفاقم الإصابة إلى حد بعيد وليس إلى إحداثها (إلياس الأسمر: 1996 ،ص10)، وذلك من خلال زيادة إفراز الهرمونات مثل الأدرينالين والكورتيزون المعاكسين للأنسولين (<http://www.ncd.org.jo/diab-arabic/htm>).

3.2 العوامل البيئية : تعتبر هذه العوامل عوامل تساهم في حدوث المرض، وربما كان أهم هذه العوامل هو نمط الحياة life style ، ويندرج تحت هذا العامل عدة عوامل كالنشاط البدني، والواجبات الغذائية ، وتناول اللحوم ،... إلخ (نخبة من أساتذة الجامعات 1999 ،ص686). كما ظهر بأن السكريين يتناولون وجبات أكبر حجما من غيرهم من المرضى، ومن ناحية أخرى فالوجبات التي تحتوى على أطعمة نباتية لها علاقة بمعدلات منخفضة للإصابة بالمرض، وقد تظهر الإصابة نتيجة العدوى ببعض مسببات الأمراض المعدية، مثل الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية أو فيروس النكاف ... إلخ .

وهناك عوامل تعد مساهمة في ظهور مرض السكري وهي :

- العمر : يعتبر العمر كمتغير وبائي ومن أهمها، لأنه يؤثر على معدلات الإصابة بالمرض (نخبة من أساتذة الجامعات : 1999 ،ص 685) ، إذ ترتفع معدلات الإصابة بالمرض مع زيادة العمر في النمط الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) حتى نجد أن معدل الإصابة تبلغ الذروة عند عمر 10 - 12 سنة، ثم يبدأ في الانخفاض بعد ذلك، أما السكري غير المعتمد على الأنسولين فيصيب فئات العمر التي تزيد على خمسين سنة، ونرتفع معدلات الإصابة به للذروة عند سن 60 - 70 سنة .
- الجنس : لا توجد فروق إحصائية ذات أهمية بين معدلات الإصابة بالمرض في الذكور والإناث في معظم دول العالم .
- المكان : ينتشر المرض في الدول المتقدمة أكثر منه في الدول النامية، وربما كان أهم أسباب الاختلاف التباين في السمات الديمغرافية لها، والاختلاف في أسلوب الحياة وكفاءة التشخيص والتبليغ عن هذا المرض في الدول المتقدمة .

3. أعراض مرض السكري

أعراض مرض السكري عديدة، وبها يمكن التعرف أو التأكد من أن الشخص قد أصيب بهذا المرض (إلياس الأسمر : 1996 ، ص 12) ، ونذكر منها ما يلي :

- 1 - الإعياء والوهن (ضعف عام) ، ورجفة الأطراف .
- 2 - القلق والاضطراب النفسي ، والأرق ، وانحطاط الذاكرة .
- 3 - الدوخة والغثيان ، والجوع والتلثم في الكلام .
- 4 - انخفاض وزن الجسم ، والعطش ، وألم اللسان .
- 5 - كثرة التبول والشعور بالحاجة إلى التبول رغم فراغ المثانة .
- 6 - إصابة الشرايين ، والأوردة الصغيرة بالتصلب .
- 7 - تشويش في النظر Blurred vision (<http://www.your-dortor.net/diabetes>) .
- 8 - زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات الميكروبية .
- 9 - نقص وتخلف النمو عند الأطفال .
- 10 - الأعراض النفسية : يصاب المريض باضطرابات عصبية عديدة ، كالخوف الدائم من تفاقم المرض ، وسرعة الإثارة ، واليأس من الحياة (إلياس الأسمر ، ص 13) .

4. أنواع مرض السكري

هناك عدة أنواع لمرض السكري ، سنتناولها باختصار فيما يلي :

1.4 مرض السكري (النوع الأول TYPE 1 Diabetes mellities) : ويتميز بوجود

تحطيم لخلايا بيتا (B) في البنكرياس التي تفرز الأنسولين (فقدان الأنسولين تماما في الدم) ، بواسطة أضداد ذاتية Auto - antibodies في دم المصاب ، ويحتاج الشخص منذ البداية للأنسولين لكي يعيش وهو معرض للإصابة بحماض الدم

(<http://www.your-dortor.net/diabetes>) .

2.4 مرض السكري (النوع الثاني TYPE 2 Diabetes mellities) : يتميز بوجود

مقاومة للأنسولين من قبل الأنسجة حيث لا تستجيب له .

وهناك أنواع أخرى من مرض السكري (ثانوية) .

- **وراثي** : نتيجة خلل في الصبغة الوراثية يؤدي إلى نقص في تكوين وإفراز الأنسولين .

- **أمراض الغدد الصماء** : مثل متلازمة كوشينج ، فرط إفراز الغدة الدرقية إلخ .

5. شخصية المصاب بالسكري

تشير الدراسات النفسية إلى أن شخصية مريض السكري تتصف بالسمات التالية :

- التردد مع ترك الآخرين يتخذون القرارات عوضا عنه ، ونادرا ما يقوم بعمل شيء دون أخطاء أو تملل (فيصل محمد خير الزراد ، 2000 ، ص 389) ، ومعظم هؤلاء يعانون في طفولتهم الصراع بين الاستياء من الآباء والخضوع لهم ، ومعظم مرضى السكر كانوا أطفالا مدللين ، كما أشارت هذه الدراسات إلى أن مرضى البول السكري كانت أمهاتهم تسيطر عليهم وكانوا يعتمدون عليهن ، وهم يميلون إلى السلبية في مجال الجنس ، ولذلك يكون زواجهم مخيبا للأمل في معظم الحالات ، ومريض السكر يرغب في أن يعامل ويدل كطفل لا كرجل أو زوج .

وتفسر سلبية مرضى البول السكري بأنها مظهر لرغبتهم القوية في العودة إلى حالة من الطفولة المبكرة التي تتسم بحنين شديد إلى إطعام الآخرين لهم ، وهذا الحنين يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم ، ولما كان الفرد عاجزا عن إشباع رغباته الطفولية الفمية فقد يطلق دون وعي ، ذلك الطعام الذي يريده في مستودعات السكر في جسده .

6. مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة

1.6 مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة :

عرف مفهوم مركز ضبط الصحة استعمالا واسعا في المجالات الصحية المختلفة حيث استخدمه الأطباء والباحثون بشكل شبه روتيني منذ ما يزيد عن عشرين عاما في دراسات وبحوث تناولت قضايا الصحة المختلفة خاصة تلك التي ترتبط بممارسات صحية غير سليمة كالتدخين والتغذية غير الصحية .

انطلقت هذه الدراسات من فكرة بسيطة مفادها أن ذوي التحكم الداخلي هم أكثر استعدادا ورغبة في تنفيذ السلوكيات الصحية السليمة من ذوي التحكم الخارجي للصحة ، ووفقا لذلك فقد توصلت عدة دراسات إلى نتائج ذات دلالة علمية أكلنيكية تخدم بشكل مباشر صحة الفرد والمجتمع وتساهم في جعل برامج التربية الصحية أكثر فعالية (عثمان يخلف ، 2001 ، ص 95) : وسنرى فيما يلي أهم هذه الدراسات :

قام "نورمان" Norman وزملاؤه بدراسة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والضبط المدرك لدى عينة من 115 بالغاً (65 إناث و 50 ذكور) من المصابين بالنوع الثاني من السكري، ودلت النتائج على ارتباط موجب بين الانشغال الوجداني واستراتيجيات الهروب والقلق والاكتئاب ، كما أن المواجهة الذاتية مؤشر تنبؤي بانخفاض نسبة الاكتئاب، وأن الضبط المدرك متغير معدل بين الاستجابة للكرب وكل من القلق ومستوى ارتفاع الأنسولين (زعطوط رمضان : 2005، ص 18) .

أما دراسة Rodolfo (1984)، فهدفت إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز الضبط الصحي وبوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية على عينة من 71 من طلبة علم النفس، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بنداً ، يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن وضعهم الصحي وبين من يعززون ذلك للظروف والحظ والقوى الخارجية ، واستعمل السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي، كما تم قياس سلوك العائلة الصحي وسلوك الأصدقاء الصحي، ودلت النتائج على علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي، وكذا على العلاقة بين البيئة (العائلة + الأصدقاء) وبين السلوك الصحي (زعطوط رمضان : 2005، ص ص 28 ، 29) .

أما دراسة Lemos فهدفت إلى كشف العلاقة بين كل من مركز الضبط الصحي والاتجاه نحو السلوك الصحي وبين أبعاد الشخصية كما تظهر في نموذج الخمسة الكبار Big Five ن وحددت الدراسة 22 سلوكاً، وشملت العينة 1184 طالباً من 12 جامعة وكلية، وتبين من النتائج أن الضمير الحي والانسجام هما سمتان تنبئان بالسلوك الصحي أو الاتجاه نحوه.

وفي دراسة أخرى قام بها كل من Ajzen و Timko لاستكشاف العلاقة بين الاتجاه والسلوك الفعلي لدى 113 طالباً وتراوحت أعمارهم ما بين (18 - 44 سنة) وشمل

القياس المعتقدات نحو الصحة والاتجاه (زعطوط رمضان : 2005، ص 36). ودلت النتائج على ارتباط كل من الضبط المدرك أو كفاءة الذات والاتجاه نحو الصحة وبين السلوك الفعلي . وبالنسبة للدراسات المقارنة فقد قام Gotay وزملاؤه بدراسة الفروق في الاتجاهات نحو السلوك الصحي بين اليابانيين والأمريكيين ذوي الأصل الياباني أو الأوروبي، وشملت العينة 357 يابانيا و 223 أمريكيا حيث تم قياس السلوك الفعلي، ولاحظ الباحثون من خلال النتائج أن اليابانيين يميلون إلى التقليل من شأن الصحة وعدم الامتنال للتعليمات الطبية كما أنهم ذوو مركز ضبط خارجي ويعتمدون على الحظ وعلى الأطباء عكس العينة الأمريكية . نخلص من هذه الدراسات إلى أنها تثبت وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي ، فكلما كان الفرد ميله واعتقاده إلى أن صحته هو المسؤول عنها (التحكم داخلي) كلما أدرك واتبع التعليمات الوقائية التي تخدم صحته ، كما أكدت كذلك أن الاختلاف الثقافي والانتماء الحضاري له دور في تبني الفرد وجهة ضبط خاصة به، وهذا راجع إلى البيئة التي تدعم أحد هذه الوجهات (الداخلية أو الخارجية) .

2.6 الكفاءة الذاتية والصحة :

تؤثر الكفاءة الذاتية في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والوجدان وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة ، فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا ، كما أن أغلب دوافعنا تتأثر بالعزو السببي وتوقع النتائج والأهداف المستعرفة Cognitive goals ، كذلك فإن الاعتقاد في الكفاءة يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب ، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن (زعطوط رمضان: 2005، ص 43) .

وسنتناول في هذه الفقرات دور الكفاءة أو فاعلية الذات في بعض مشكلات الفرد

الصحية التي قد تكون لها دلالة خاصة في مجال الصحة العامة

Significance public health، وسينصب الحديث على المشكلات الصحية التالية :

الإقلاع عن التدخين ، مرض القلب وضبط الوزن ، وإدارة المرض .

أ- الكفاءة الذاتية والإقلاع عن التدخين :

يعد التدخين من أكثر العوامل السلوكية ضرراً بصحة الإنسان، حيث يتسبب في إصابة الإنسان بالعديد من الأمراض المزمنة الفتاكة كأمراض القلب، كما يعتبر السبب الرئيسي لحدوث مرض سرطان الرئة ، وتشير أحدث التقارير الطبية والعلمية بكل وضوح إلى أن الأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي Coronary artery disease الذين يقلعون عن التدخين تكون الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت لديهم أقل من أولئك الذين يواصلون التدخين ويعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية(**عثمان يخلف : 2001، ص ص 109 ، 110**). وسنورد فيما يلي أهم الدراسات التي تناولت الكفاءة الذاتية والإقلاع عن التدخين :

دراسة "كوليتي" و "سوينك" و "بايني" (1985) قاموا فيها بتطوير سلم توقع الكفاءة للمدخنين وطبقوه في إطار برنامج تعديل السلوك وقد قاموا باستخدام قيم السلالمة في نهاية البرنامج ككواشف لسلوك الخطر اللاحق ، أي لسلوك التدخين المنتكس في الشهور اللاحقة ، ولقد ارتبط توقع الكفاءة بالانتكاس بعد 3 شهور بمقدار ($R = 0.39$) وبعد 3 أشهر أخرى بـ ($R = 0.34$) .

وأجرى كل من "كونديوتي" و "إينشتاين" (1981) برنامجي تعديل على سلوك المدخنين ووجبوا ارتباطات وثيقة بين توقع الكفاءة ونسبة الانتكاس (**رالف سفارتسر : 1994 ، ص 86**). وأجرى "مادل" وآخرون في 1995 دراسة طويلة تناولت العلاقة بين أبعاد فاعلية الذات الثلاثة (**عثمان يخلف : 2001 ، ص ص 110 ، 111**) وهي كما يلي :

– الصعوبة Magnitude : ويشير هذا البعد إلى تنظيم المهمة وفقاً لمستوى الصعوبة .

– التعميم Generality : يقصد به تعميم توقعات فاعلية الذات حول موقف معين إلى مواقف أخرى .

– القدرة Strength : يشير هذا البعد إلى تقدير الفرد حول قدرته على تحقيق إنجاز أدائي والإقلاع عن التدخين .

واستخدموا ثلاثة مقاييس مختلفة يقيس كل واحد منها بعداً من أبعاد فاعلية أو كفاءة الذات الثلاثة، وقد توصلت نتائجها إلى أن :

– توقعات فاعلية الذات في شأن الامتناع عن التدخين تنبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط والبعيد .

- وتنبأ بعد الصعوبة لمفهوم فاعلية الذات بالامتناع عن التدخين على المدى الطويل .
- بينما تنبأ بعد القدرة لفاعلية الذات بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل .
- وكان لبعدي التعميم والقدرة لفاعلية الذات أكبر قوة تنبئية في شأن الامتناع عن التدخين بعد العلاج على المدى الطويل .

تشير نتائج هذه الدراسات بكل وضوح إلى أهمية توقعات فاعلية أو كفاءة الذات في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان والمجتمع - أي سلوك التدخين - حيث تكاد تتفق نتائج هذه الدراسات مع ما توصلت إليه بحوث أخرى في هذا الشأن، والتي لم يتسنى لنا ذكرها والتي أكدت دور الفاعلية الذاتية في ممارسة العادات الصحية السليمة كالإقلاع عن التدخين مثلا أو ممارسة الرياضة أو ضبط الوزن ... إلخ، على المدى الطويل .

ب- الكفاءة الذاتية وضبط الوزن :

يعتبر توقع الكفاءة بالقدرة على تنظيم تناول الغذاء والوزن شرطا أساسيا لدافع القيام ببرامج تخفيض الوزن ، ففي توقع الكفاءة المنخفض يمارس الغذاء الغني بالسعرات الحرارية والشهية لتناوله إغراء لا يقاوم (رالف سفارشر :1994، ص 88) .

لقد قام "شامبليس" و "موري" 1979 بمعالجة مخبرية لـ 68 امرأة كن في المتوسط يملكن 31 % وزنا زائدا ، أعطيت كل النساء "بلاسيبو" " Placebo"، حيث زعم أن هذا الدواء يحث عمليات الإستقلاب ويساهم من خلال ذلك على تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة ، وإلى جانب ذلك قدمت النصائح للسيطرة على الوزن ، بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلا .

وقد تم عند ذلك اعلام نصف النسوة عن حقيقة Placebo ، وسمعن محاضرة حول ضبط الذات وقد هنئن لأنهن تمكن ظاهريا ، على أساس من قوة إرادتهن من خفض وزنهن ، وذلك أن الدواء ما كان إلا دواء غير ذي فائدة . لقد كان ذلك إعادة عزو النجاح من خلال الدواء إلى النجاح من خلال توقعات الكفاءة ، وتمت مواصلة التجربة لأسبوعين آخرين وخلصت التجربة إلى نقصان الوزن ، ظهر فقط عند النسوة اللواتي مثلن شرط توقع الكفاءة.

قام Doreen بدراسة العلاقة بين كفاءة الذات والسلوك الغذائي المؤدي

إلى سمنة على عينة من 743 أمريكيا من أصل صيني الذين يعيشون في نيويورك ، وقسمت العينة إلى فئتين : فئة الأمريكيين من أصل صيني ولدوا في الصين ثم هاجروا إلى الو.م.أ ، وفئة الأمريكيين من أصل صيني الذين ولدوا في أمريكا ونشأوا فيها ، ودلت النتائج على أن الكفاءة الذاتية يمكنها أن تفسر 33 % من التباين في النتائج لدى المولودين في أمريكا، أما في الفئة الأخرى فإن الاتجاه نحو الصحة وكفاءة الذات يمكنها أن تفسر 58 % من التباين (زعطوط رمضان : 2005، ص 45) .

وحاول "جرافن" 1992 دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالريجيم، ووجد أن المرضى الأقل التزاما أحرزوا درجة أقل على مقياس تقدير الذات ومقياس الكفاءة الذاتية وأظهروا أعراضا للاكتئاب وارتفع عندهم مستوى HBA1 عن غيرهم والذين كانوا أكثر التزاما ، واقترح الباحثون أن السلوكيات والتدخل بالعلاج المعرفي من الممكن أن يستخدم لتحسين الالتزام عند هؤلاء المرضى (www.gulfkids.com/ar/aint.php) .

هذه الدراسات تؤكد وجود علاقة أو ارتباط وثيق بين اعتقاد الفرد حول قدراته أي كفاءته الذاتية وقدرته على تنفيذ بعض السلوكيات الصحية كالريجيم ، والتوازن الغذائي لضبط الوزن مثلا .

ج- الكفاءة الذاتية والشفاء من نوبات قلبية وممارسة النشاط الرياضي :

أثبتت الدراسات التي تناولت العلاقة بين فاعلية الذات في شأن مزاولة النشاط البدني بعد التعرض لنوبة قلبية، وتقدم المرضى نحو الشفاء من نوبة قلبية، أن ثقة المرضى المصابين بنوبة قلبية بشأن الممارسة البدنية إثر إصابتهم بها تعمل على إزالة التخوف الشديد من أي نشاط بدني، لأن ذلك الخوف إذا ما استمر يؤدي حتما إلى مضاعفات صحية خطيرة، ومن هذه الدراسات تلك التي أجراها "إيوارط" Ewart 1992 في أمريكا على مجموعة من مرضى القلب والتي جاءت نتائجها إلى أن فاعلية الذات تساعد على إكسابهم أنماط سلوكية صحية تساعد على المحافظة على نشاطهم وصحتهم القلبية (عثمان يخلف : 2001، ص ص 113 ، 114).

وعن أثر مزاولة النشاط الرياضي في التخفيف من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي لا يوجد أي خلاف على ذلك ، حيث هناك من الدلائل العلمية ما يشير إلى تحقيق فوائد صحية أكيدة نتيجة لممارسة النشاط البدني، ومع ذلك لا يوجد إلا قليل من الناس من

يزاولون النشاط الرياضي بصفة منتظمة ودائمة، وفي هذا الصدد تؤكد عدة دراسات على الدور الهام الذي تلعبه توقعات فاعلية الذات في المساعدة على مزاوله النشاط الرياضي ولعل أهم هذه الدراسات تلك الدراسة الحديثة التي أجراها "ميلاند" وزملاؤه 1999 Melend et al على عينة من 110 مريضاً، تناولت دور فاعلية الذات في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة وخاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية كالتدخين والتغذية غير الصحية، ولقد أظهرت نتائجها أن فاعلية الذات برزت كأقوى متغير في ذلك .

وتوصل إلى النتائج نفسها كل من "بوث" وزملاؤه Bath et al 2000 من خلال دراسة ميدانية أجروها في أستراليا على عينة عشوائية مكونة من 499 شخصا مسناً وتم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس فاعلية الذات ومتغيرات نفسية واجتماعية أخرى، ولقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الفاعلية العالية للذات كانوا أكثر نشاطاً وحيوية من غيرهم .

د- الكفاءة الذاتية وإدارة المرض

غالبا ما يطالب الأطباء مرضاهم المصابين بأمراض مزمنة بضرورة تغيير أسلوب حياتهم حتى يتسنى لهم تجنب مضاعفات صحية قد تؤدي بحياتهم، وتشمل التغيرات التي يسعى إلى تحقيقها مرضى الأمراض المزمنة تعلم سلوكيات صحية سليمة حديثة، إضافة إلى تصحيح عادات صحية قائمة، ومع ذلك فإن تحقيق تعديلات في العادات الصحية ليس بأمر سهل (عثمان يخلف: 2001، ص 114) .

ولعل أهم هذه الدراسات تلك الدراسة الطولية التي أجراها كل من "كلارك" و "دوج" حديثاً (Clark and dodg 1999) على عينة من 570 امرأة مسنة مصابات بمرض القلب، حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضات لسلوكيات صحية إيجابية تساهم في إدارة حياتهم المرضية، ومن تلك السلوكيات نذكر على سبيل المثال: التزام المريضة بالوصفة الطبية فيما يخص تناول العقاقير، وممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة وإدارة الضغوط و إتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الطبيب .

أما **Freach (2000)** وزملاؤه فعندما قاموا باستكشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع على عينة من 329 مريضا يعانون من صداع خفيف ولاحظوا أن مرتفعوا كفاءة الذات يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم وإعاقاتهم أقل (زعطوط رمضان: 2005، ص 45) .

وهدف دراسة **Koller** وزملاؤه إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والكفاءة الذاتية المدركة لدى المصابين بأمراض تنفسية مزمنة، حيث تم قياس الوظائف الفيزيولوجية للرئتين ومقارنتها بفئات المرضى حسب كفاءة الذات، وخلصت النتائج إلى اعتبار الكفاءة الذاتية متغيرا وسيطا بين آثار المرض ونوعية الحياة .

أما **Senecal** وزملاؤه فقد قاموا بدراسة الالتزام بالحمية وعلاقته بكفاءة الذات مقابل تنظيم الذات وبالامتثال للتعليمات الطبية والرضى عن الحياة انطلاقا من مفاهيم نظريتي المعرفة الاجتماعية لـ **Bandura** ونظرية التصميم الذاتي لـ **Raym** و **Deci** وشملت العينة على 638 مريضا بالسكري ودلت النتائج على أن كفاءة الذات وتنظيم الذات يرتبطان إيجابيا بالامتثال للحمية غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية أقوى.

ودراسة أخرى لـ **Hilderth et al 1987** لدراسة الكفاءة لدى مجموعة من المراهقين المصابين بالسكري المعتمد على الأنسولين، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية كانوا أكثر قدرة على التحكم في المرض أما المرضى الذين سجلوا درجات منخفضة فقد عبروا عن الخوف من فقدان السيطرة على المرض والبعض شعر باليأس وعدم مساندة المجتمع له وأيضا سجل الذكور درجة أكبر على مقياس الكفاءة من الفتيات (www.gulfkids.com/ar/aint.php) .

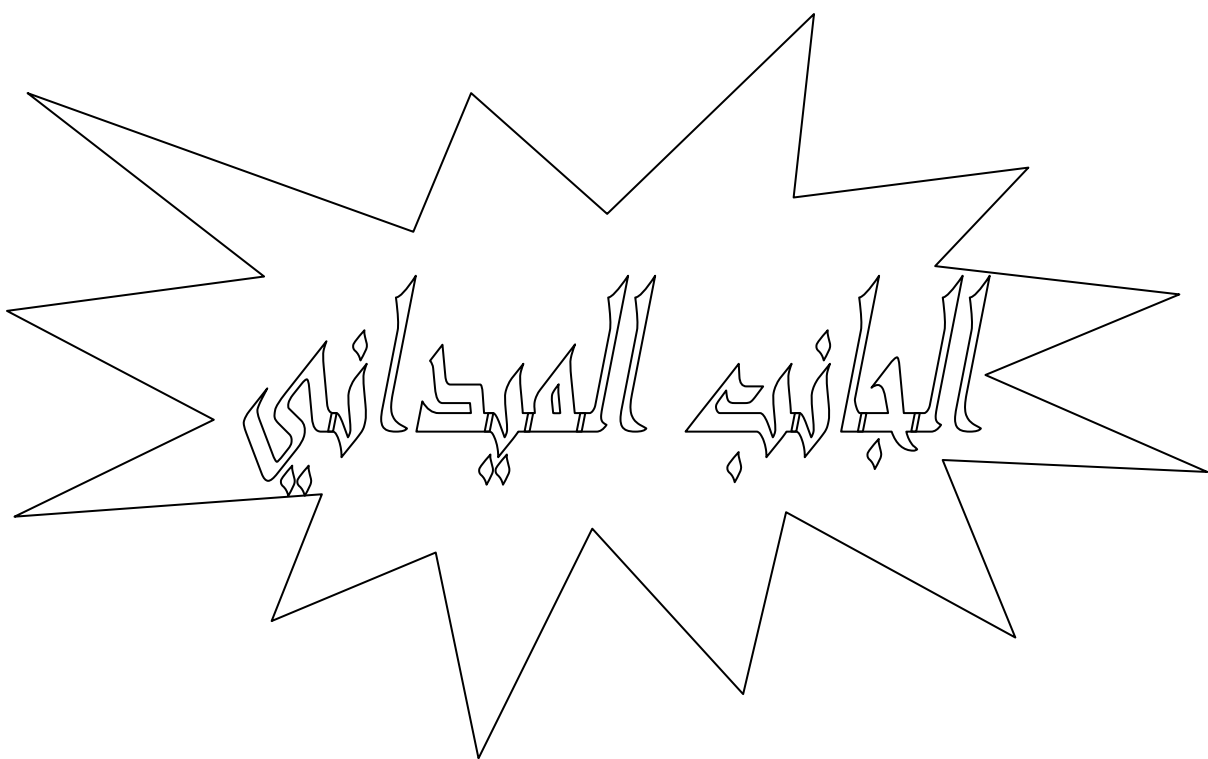
نستخلص من استعراض هذه الدراسة أهمية الكفاءة الذاتية في تحديد وتنفيذ أنواع من السلوكيات التي تخدم صحة الفرد، وذلك لارتباطها الكبير بالدافعية والتي من خلالها يمكن تربية وتنمية الشعور بالثقة والكفاءة لدى المرضى من أجل الوصول إلى تحقيق توازن صحي .

خلاصة :

من خلال ما استعرضناه من دراسات حول مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة، نستنتج مدى أهمية هذه المتغيرات في تنفيذ السلوك الصحي. فهي تعمل كوسائط بين سلوك الفرد و صحته، فكلما كان ميل الفرد و اعتقاده الايجابي في قدراته الذاتية، كلما كان ميله و اعتقاده نحو صحته هو المسؤول عنها (تحكم داخلي)، و بها يدرك و يتبع التعليمات الوقائية التي تخدم صحته.

و كلما كان ميله إلى الاعتقاد أن صحته متحكم فيها غيره (ذوي النفوذ، أو الحظ و الصدفة) قل إحساسه بكفاءته الذاتية.

كما أن الاختلاف الثقافي و الانتماء الحضاري له دور في اختيار الفرد وجهة ضبط معينة و تعزيزه للقدرات الذاتية.



الفصل الرابع :

عرض و مناقشة النتائج

تمهيد

1. إجراءات الدراسة :

1.1 منهج الدراسة

2.1 حدود الدراسة : مكانيا، زمنيا، و بشريا

3.1 عينة الدراسة و كيفية اختيارها

4.1 المقاييس المستخدمة في الدراسة

1.4.1 - استبيان مصدر الضبط الصحي

2.4.1 - استبيان الكفاءة الذاتية

5.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

2. عرض و مناقشة نتائج الدراسة :

1.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى

2.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية

3.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

4.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

5.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

خلاصة

تمهيد

تناولنا في هذا الفصل إجراءات الدراسة بما تتضمنه من : منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة و كيفية اختيارها، المقاييس المستخدمة في الدراسة، و الأساليب الإحصائية، و أخيرا عرض و مناقشة نتائج فرضيات الدراسة.

1. إجراءات الدراسة :

1.1 منهج الدراسة :

نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية، فإن المنهج الذي تم اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي لكونه الملائم في الكشف عن مثل هذه العلاقات و فيما إذا كانت هناك ارتباطات دالة بين هذه المتغيرات.

2.1 حدود الدراسة :

- مكاتيا : أجريت الدراسة الحالية في ولاية باتنة.

- زمنيا : تم إجراء هذه الدراسة خلال السنة الجامعية 2006 / 2007.

- بشريا : لقد اعتمدت الدراسة على عينة عرضية قوامها 86 فردا يعاني من مرض

السكري.

3.1 عينة الدراسة و كيفية اختيارها :

1.3.1 التعريف بالعينة :

تكونت العينة الإجمالية للبحث من 86 فردا يتراوح المدى العمري لهم من 18 – 72 سنة بمتوسط عمري مقداره 49 سنة، و قد استخدمت الباحثة في البحث طريقة العينات العرضية لكونها الطريقة المناسبة، و ذلك للصعوبات التي واجهته الباحثة عند اختيارها للعينة في بداية البحث باعتمادها على المجتمع الأصلي- جمعية مرضى السكري بباتنة -، لكنها لم تستطع الحصول على العينة المطلوبة، لذلك لجأت الباحثة إلى العينة العرضية، و تنقسم هذه العينة إلى قسمين فرعيين على النحو التالي :

أ- عينة الذكور :

و تكونت من 50 مريضا، بمتوسط عمري قدره 50.26 سنة، و انحراف معياري بقدر 14.18 سنة، يتراوح المستوى التعليمي لهم من الأميين 12%، ابتدائي 18%، متوسط 26%، ثانوي 28%، و جامعيين 22%، و بالنسبة لمدة المرض فتوزعت على مدى هو من 1 – 10 سنوات، و المدى الثاني من 11 – 20 سنة.

ب- عينة الإناث :

و تكونت من 36 مريضة، بمتوسط عمري قدره 47.83 سنة، و انحراف معياري يقدر بـ 18.57 سنة، و يتراوح المستوى التعليمي لهم : من الأميين 38.88%، من الابتدائي 11.11%، من المتوسط 13.89%، من الثانوي 16.66%، و الجامعيات 19.45%، و بالنسبة لمدة المرض فتوزعت على نفس المدى للذكور.

2.3.1 خصائص العينة :

جدول رقم 05 : يبين خصائص العينة حسب الجنس و السن

الجنس / السن	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية
38 – 18	10	14	24	27.90%
59 – 39	27	10	37	43.03%
80 – 60	13	12	25	29.09%
المجموع	50	36	86	100%
النسبة المئوية	58.14%	41.86%	100%	

جدول رقم 06 : يبين توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي

الجنس / المستوى التعليمي	ذكور		إناث		المجموع	النسبة المئوية
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
أمي	6	12%	14	38.88%	20	23.25%
ابتدائي	9	18%	4	11.11%	13	15.11%
متوسط	13	26%	5	13.89%	18	20.94%
ثانوي	11	22%	6	16.66%	17	19.76%
جامعي	11	22%	7	19.45%	18	20.94%
المجموع	50	100%	36	100%	86	100%

جدول رقم 07 : يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض (الازمان)

النسبة المئوية	المجموع	إناث	ذكور	الجنس مدة المرض بالسنوات
%75.5	65	25	40	10 – 1
%24.5	21	11	10	20 – 11
%100	86	36	50	المجموع
	% 100	%41.86	%58.14	النسبة المئوية

4.1 المقاييس المستخدمة في الدراسة :

في هذا الجانب الميداني، اعتمدنا على تطبيق اختبارين أو مقياسين هما :

❖ مقياس مصدر الضبط الصحي

❖ استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

1.4.1- وصف اختبار مصدر الضبط الصحي و الخصائص السيكومترية له :**أ- وصف اختبار مصدر الضبط الصحي :**

لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة الميدانية على استبيان مركز ضبط الصحة الذي أسساه والتسون و زملائهما (1978)، و أعده جبالي نور الدين . و يتكون الاستبيان من 18 عبارة، تقيس ثلاثة أبعاد كالآتي :

❖ **البعد الداخلي :** العبارات الخاصة به : 1، 6، 8، 12، 13، 17.

❖ **بعد ذوي النفوذ :** العبارات الخاصة به : 3، 5، 7، 10، 14، 18.

❖ **بعد الحظ :** العبارات الخاصة به : 2، 4، 9، 11، 15، 16.

و تتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس :

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما، و يتم تصحيح الإجابات كما يلي :

- موافق تمام ← 5 نقاط
- موافق ← 4 نقاط
- غير متأكد ← 3 نقاط
- غير موافق ← 2 نقاط
- غير موافق تماما ← 1 نقطة

ب- حساب الخصائص السيكمترية للاستبيان :

لحساب الخصائص السيكمترية للاستبيان، تم بعد تطبيق الاستبيان على عينة من المرضى تتكون من 30 فردا، ثم تم بعد ذلك حساب صدق و ثبات الاستبيان كما يلي :

ب.1. صدق الاستبيان :

تم حساب صدق الاستبيان عن طريق الاتساق الداخلي (صدق التكوين)، و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون (Pearson) بين البنود و الدرجة الكلية لكل بعد، و قد كانت النتائج على النحو الموضح في الجداول التالية :

جدول رقم 08 : يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الأول (IHLC) و بنوده.

البند 1	البند 6	البند 8	البند 12	البند 13	البند 17	
0.63**	0.20	0.48**	0.58**	0.73**	0.66**	قيمة معامل الارتباط

ملاحظة :

تدل النجمة المكتوبة فوق معامل الارتباط في الجدول على أن معامل الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.05)، و تدل النجمتان على أن معامل الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01). يتضح من هذا الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، ما عدا البند 6 فهو غير دال، أي عدد البنود الدالة هي 6/5 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد (IHLC) و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

جدول رقم 09 : يبين معامل الارتباط لـ (كارل بيرسون) بين البعد الثاني (PHLC) و بنوده

البند 18	البند 14	البند 10	البند 7	البند 5	البند 3	قيمة معامل الارتباط
0.63*	0.74**	0.70**	0.29	0.67**	0.4*	

يتضح من هذا الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و عند مستوى (0.05)، ما عدا البند 7 فهو غير دال، أي عدد البنود الدالة هي 6/5 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد (PHLC) و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

جدول رقم 10 : يبين معامل الارتباط لـ (كارل بيرسون) بين البعد الثالث (CHLC) و بنوده

البند 16	البند 15	البند 11	البند 9	البند 4	البند 2	قيمة معامل الارتباط
0.47**	0.35	0.27	0.30	0.75**	0.62**	

يتضح من هذا الجدول أن معاملات الارتباط بين البنود (2، 4، 16) و بعد (CHLC) دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، أما البنود (9، 11، 15) فهي غير دالة، و هذا يعني أن معامل الاتساق الداخلي في هذا البعد نوعا ما غير موجود (6/3) دالة، و (6/3) غير دالة.

من خلال هذه النتائج الموضحة في هذه الجداول لمعاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و بنوده، يمكن أن نقول انه هناك نوعا من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب.2. ثبات الاستبيان :

تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين هما : حساب معامل (α) لـ كرونباخ، و عن طريق التجزئة النصفية.

1- الثبات بحساب معامل α كرونباخ :

- **البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC)** : بلغت درجة معامل α كرونباخ (0.63) و هي درجة مقبولة، مما يدل على أن هذا البعد يمتاز بالثبات.

- **بعد ذوى النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC)** : بلغت درجة معامل α كرونباخ (0.59) و هي درجة مقبولة، مما يدل على أن هذا البعد يمتاز بالثبات.
- **البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (CHLC)** : بلغت درجة معامل α كرونباخ (0.38) و هي درجة منخفضة نوعا ما عن المستوى المطلوب لاعتبار هذا البعد ثابت.
- نلاحظ من خلال حساب معامل (α) لكرونباخ للأبعاد الثلاثة أن استبيان مصدر الضبط الصحي يمتاز بالثبات.

2- الثبات بالتجزئة النصفية (معامل الاتساق الداخلي) :

و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية و البنود الزوجية لكل بعد، و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) كما هي موضحة في الجدول رقم 11 .

جدول رقم 11 : يبين حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية و البنود الزوجية لكل بعد

البعد الثالث CHLC	البعد الثاني PHLC	البعد الأول IHLC	معامل الثبات
0.30	0.66	0.65	

يتضح من هذا الجدول أن معظم معاملات الثبات الخاصة بأبعاد الاستبيان درجات مقبولة، و هذه القيم تعكس ثبات الاختبار.

2.4.1- استبيان الكفاءة الذاتية :

أ- وصف استبيان الكفاءة الذاتية :

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس الكفاءة الذاتية لمرض السكري Diabetes Self efficacy Questionnaire (D S E Q)، و الذي أسسه كل من Margaret Little، Nancy Roben، و Helen Mc Gwi (2004)، و الذي أعدته الباحثة فيما بعد ليقدم دراستها بعد إجراء بعض التعديلات في البنود التي تم ترجمتها من اللغة الانجليزية إلى العربية، و التي يعتقد أن فيها تشابه كبير مع بعض البنود الأخرى. و هذا المقياس وضع لقياس مدى إمكانية الفرد المصاب بالسكري قيام

ببعض الأنشطة و الواجبات التي تخدم صحته سواء من الناحية المعرفية أو الاجتماعية أو الفيزيولوجية و كذا الانفعالية.

ب- الخصائص السيكومترية للاستبيان :

وقد تم حساب صدق و ثبات هذا الاختبار على عينة من مرضى السكري يبلغ عددهم 20 مريضاً. كما أن الاختبار يصحح على بدائل هي : غير قادر تماماً (0)، غير قادر إلى حد ما (1)، غير قادر (2)، قادر (3)، قادر إلى حد ما (4)، قادر تماماً (5).

ب.1 صدق الاستبيان :

يقصد بصدق الاختبار أن الاختبار يقيس فعلاً ما صمم لقياسه. و لقد تم حسابه بالاعتماد على المقارنة الطرفية بين المجموعتين المتناقضتين، و ذلك بأخذ 27% من كل طرف، و قد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة العليا و الدنيا، حيث أن ($1 = 6.03$) و هي دالة عند درجة حرية 5 و مستوى دلالة ($0.01 = 1.44$)، و عند مستوى دلالة ($0.05 = 1.91$).

ب.2- ثبات الاختبار :

يعني الثبات مدى الدقة و الاستقرار و الاتساق في نتائج الأداة لو طبقت مرتين أو أكثر على نفس الخاصية في مناسبات مختلفة.

تم حساب ثبات الاختبار في هذه الدراسة بالاعتماد على معامل الاتساق الداخلي (الثبات بالتجزئة النصفية) : و تستخدم هذه الطريقة عندما يتعذر استخدام إعادة التطبيق و إعداد صورتين متكافئتين. و قد اعتمدنا على تجزئة بنود الاختبار إلى نصفين، حيث يتكون النصف الأول من البنود الفردية و النصف الثاني من البنود الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط لبيرسون بين النصفين حيث كان معامل الارتباط ($r = 0.36$)، و بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون

($r_{11} = \frac{r}{1+r} = 0.52$)، و نلاحظ أن معامل الارتباط قد ارتفع بشكل ملحوظ، و هذا راجع إلى

تصحيح الطول، أي بالزيادة في طول الاختبار بمضاعفة عينة الأداة التي قدر ثباتها.

5.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة :

تم معالجة النتائج الإحصائية باستعمال نظام الإحصائي SPSS.

2. عرض و مناقشة نتائج الدراسة :

1.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

تشير الفرضية إلى انه :

>> توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

<<.

عرض النتائج :

يوضح الجدول التالي معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

جدول رقم 12 : يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى

السكري

CHLC	PHLC	IHLC	معامل الارتباط	النتيجة الكفاءة
-0.24*	0.29**	0.20	معامل الارتباط	
دال عند 0.025	دال عند 0.006	غير دالة	الدالة الإحصائية	
86	86	86	العينة (N)	

يتضح من الجدول :

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و الكفاءة الذاتية يساوي 0.20 و هي قيمة غير دالة ، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و الكفاءة الذاتية.

- و معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و الكفاءة الذاتية يساوي 0.29** و هي قيمة دالة عند مستوى 0.006، و هذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و الكفاءة الذاتية.

- و معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و الكفاءة الذاتية يساوي -0.24* و هي قيمة دالة عند مستوى 0.025، و هذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية.

مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

بعد عرض نتائج الفرضية الأولى، تبين بعد تفسير النتائج انه :

- لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية، حيث كان معامل الارتباط يساوي (0.20)، في حين أن بعد ذوي النفوذ ، و الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي ارتباطا بالكفاءة الذاتية، حيث كان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية يساوي (0.29**) و هي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05) ، في حين أن معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة و الكفاءة الذاتية يساوي -0.24^* و هي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

و الملاحظ لنتائج الفرضية الأولى انه هناك تناقض أو نتيجة غير متوقعة بين البعد الداخلي و الكفاءة الذاتية، لأنه كان من المتوقع أن تكون هناك علاقة ارتباطية بينهما.

و هذا ما توصلت إليه معظم نتائج الدراسات التي بحثت في هذا الجانب، فقد أظهرت نتائج دراسة لـ A.M.S WUA و TANG من جامعة هونغ كونغ الصينية (1 جانفي 2004) و التي أجريت للبحث في العلاقة بين الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي و الضيق النفسي، على عينة من النساء الصينيات اللواتي يعانين من مرض مزمن، و قد بلغ عددهن 159 امرأة ، و كشفت النتائج إلى انه توجد علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي الداخلي و الكفاءة الذاتية، و أظهرت انه هناك علاقة بين ارتفاع مصدر الضبط الخارجي و انخفاض الكفاءة الذاتية (<http://www.informworld.com/SMP/content>).

كما انه هناك اتفاق بين نتائج هذه الدراسة و دراسة أخرى لـ Mani Jean و Montague و التي كانت تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين العوامل الديمغرافية و الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي و مراقبة الهيموغلوبين على عينة من النساء الأمريكيات و الإفريقيات المصابات بمرض السكري من النوع الثاني، و أظهرت النتائج الرئيسية إلى انه هناك ارتفاع في مستوى كل من مصدر الضبط الصحي الداخلي و الكفاءة الذاتية (<http://www.ide.sugepub.com/cgi/content>).

كما أن دراسة لـ Gilibrand و آخرون (2006) توصلت إلى نفس نتائج الدراسات السابقة، حيث أجريت الدراسة على عينة من الشباب تتراوح أعمارهم بين 16 – 25 سنة مصابين بمرض السكري من النوع الأول. و كشفت الدراسة إلى أن ارتفاع مصدر الضبط الداخلي (IHLC) يقابله أو

يلازمه ارتفاع في مستوى الكفاءة الذاتية

<http://f.ingentacontentmenttheextendedhealthbeliefmodes.appliedtotheexperienceof-hm>

و بالرجوع إلى الجانب النظري سنجد كذلك أن هذه النتيجة تبدو غير منطقية لأن السمات التي يتميز بها أفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي توحى و بدرجة عقلانية أن لها علاقة بالكفاءة الذاتية، خاصة و أن الأشخاص الذين يتميزون بكفاءة ذاتية عالية (مرتفعة) هم أكثر قدرة على تحمل مسؤولياتهم اتجاه أنفسهم و اتجاه الأحداث التي تواجههم مهما كان نوع الحدث الذي يواجهونه. و بما أننا بصدد البحث في المجال الصحي، فكان اعتقادنا أن الأفراد أو الكفاءة الذاتية العالية سيكون مصدر الضبط الصحي لديهم داخلي، و هذا ما توصل إليه بالفعل Lemos في دراسته التي كان يهدف من خلالها إلى الكشف عن العلاقة بين كل من مركز الضبط الصحي و الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين أبعاد الشخصية، كما يظهر في نموذج الخمسة الكبار Big Five ، و قد توصلت هذه الدراسة إلى انه هناك ارتباط بين الكفاءة الذاتية و الضبط الصحي المدرك و الاتجاه نحو السلوك الصحي.

هذا من جهة، و من جهة أخرى و حسب اطلاع الباحثة، فانه لا توجد أي دراسة توصلت إلى انه هناك علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و بعدي ذوي النفوذ و الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي، إلا من خلال نتائج هذه الدراسة.

و في رأي الباحثة ربما ترجع هذه النتائج إلى تبدو بعض الشيء متناقضة مع الدراسات السابقة و ما كان يحويه الجانب النظري، إلى الخصائص التي تتميز بها عينة البحث، فهي أولا اختيرت بطريقة عرضية، كما أن اغلب أفراد العينة المتوسط العمري لهم سواء للذكور أو الإناث يقارب 50 سنة، و هذا قد يؤثر على إدراك الفرد للأحداث و كيفية تفسيره لهذه المواقف، و مدى إيمانه بقدراته على مواجهتها. كما أن مدة المرض بالنسبة لأفراد العينة تبدو من خلال ما عرضناه في الجداول المتعلقة بخصائص العينة قد بلغت إلى 20 سنة من الازمان، و هذا ربما يفسر نتائج المتوصل إليها في البحث و التي تؤكد وجود علاقة ارتباطية بين بعدي ذوي النفوذ (PHLC) و الحظ و الصدفة (CHLC) و الكفاءة الذاتية، فطول المدة قد يغير من إدراك الفرد لنتائج الأحداث، و هذا ما تم ملاحظته بالفعل أثناء إجراء البحث و تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي على عينة البحث خاصة كبار السن. فكل ما يمكن تلخيص من استجاباتهم نحو البنود أنهم يعلقون آمالا كبيرة على الطبيب و الممرضين في شفائهم من المرض، أو إرجاع هذا الشفاء إلى القدر و المكتوب.

دون أن ننسى أن المستوى التعليمي لهذه الفئة غير متجانس، فنسبة الأميين مثلا عند الذكور قدرت بـ 12% و عند الإناث بـ 38.88%، و الجامعيين الذكور 22% و الإناث 19.4%. فلهذه الأولوية توحى لنا أن هذه النسب أو نتوقع من خلالها أن يتميز أفرادها بمستوى ضبط داخلي و كفاءة ذاتية مرتفعة، إلا أن النتائج أسفرت عن العكس.

و ربما يفسر كذلك هذه النتائج هو البيئة الثقافية الاجتماعية السائدة التي تؤمن بالخط و الصدفة و القدر و المكتوب، و لا تعي معنى المسؤولية الداخلية للشخص نحو نتائج سلوكه. و بتفحص الجانب النظري سنجد أن البيئة الثقافية و التنشئة الاجتماعية لها دور كبير في توجيه إدراك الفرد و تفسيره لنتائج سلوكه، سواء في البيئة العربية أو الغربية.

ففي دراسة قام بها ماهر (1980) على عينة أمريكية و ألمانية و يابانية من طلاب المرحلة الثانوية، و تبين أن هناك فروقا دالة إحصائية بين العينات في مصدر الضبط، حيث كان الأمريكيون أعلى في الضبط الداخلي من الألمانين و اليابانيين.

كما أن دراسة صلاح الدين أبو ناهية (1989) حول مصدر الضبط و أساليب المعاملة الوالدية توصل من خلالها إلى أن الطلاب و الطالبات ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي كانوا يعاملون من والديهم بأساليب التقبل و الاندماج و تقبل الفردية، أما الطلاب و الطالبات المعتقدون في الضبط الخارجي، فقد كانوا يعاملون بأساليب الرفض و الإكراه.

و هذا ما تراه الباحثة أنه قد يفسر هذه النتائج، فمجتمعا المحلي يتميز بثقافة تسود جميع الطبقات سواء المثقفة أو غيرها، و أن كل ما يحدث هو من فعل أشخاص آخرين أو راجع للحظ و الصدفة، خاصة في مجال الصحة. و من خلال واقعنا نجد أن أغلب ما يقدم لهؤلاء المرضى فيما يخص الوعي الصحي من ملتقيات أو أيام دراسية، لا يدركها الفرد (خاصة الأميين) على أنها لصالحه و عليه أن يثق في قدراته لتجاوز المشاكل الصحية، بل يزيد اعتقاده و يترسخ في ذهنه أن هؤلاء المسؤولين (من أطباء و ممرضين و... الخ) هم المسؤولون عن صحته، و بالتالي يكون الشفاء من طرفهم، و ليس من خلال ما يدركه من امتلاكه لقدرات شخصية تؤهله لهذا الفعل أو الالتزام بالسلوك الصحي المناسب.

2.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

تشير الفرضية إلى انه :

>> توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض (الازمان) و السن لدى مرضى السكري <<.

و قد قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

1.2.2 توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض (الازمان) لدى مرضى السكري.

عرض النتائج :

جدول رقم 13 : يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض لدى مرضى

السكري

CHLC	PHLC	IHLC	معامل الارتباط	مدة الازمان و السن
-0.19	0.12	-0.20	الدالة الإحصائية	
غير دال	غير دال	غير دال	العينة (N)	
86	86	86		

يتضح من الجدول :

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و مدة المرض (الازمان) يساوي (-0.20) ، و هي قيمة غير دالة، و هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و مدة المرض (الازمان).

- إن معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و مدة المرض يساوي (0.12)، و هي قيمة غير دالة، و هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و مدة المرض (الازمان).

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و مدة المرض يساوي (-0.19)، و هي قيمة غير دالة ، و هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و مدة المرض.

2.2.2 توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و السن لدى مرضى السكري

عرض النتائج :

جدول رقم 14: يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و السن لدى مرضى السكري.

CHLC	PHLC	IHLC	معامل الارتباط	٣
-0.44	0.18	-0.02	الدلالة الإحصائية	
غير دال	غير دال	غير دال	العينة (N)	
86	86	86		

يتضح من الجدول :

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و السن يساوي (-0.02) و هي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و السن.

- إن معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و السن يساوي (0.18) و هي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (PHLC) و السن.

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و السن يساوي (-0.44) و هي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و السن.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

بعد عرض نتائج الفرضية الثانية و التي تشير إلى انه توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض (الازمان) و السن لدى مرضى السكري، تبين بعد تفسير النتائج انه :

أ- لا توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض

فقد كان معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) و مدة المرض يساوي (-0.20) و هي قيمة غير دالة، و كان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ و مدة المرض (0.12) ، في حين كان معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة (-0.19) و هي قيمة غير دالة إحصائياً.

و النتائج المتوصل إليها في هذه الفرضية من إلغاء الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض، توصلت إليها الباحثة بعد توقعها أن تجد عكس هذه النتيجة. و توقعها هذا كان بناءا على أن مدة المرض كلما كانت طويلة في رأيها سيؤثر حتما على خبرات الفرد في إدراكه لنتائج سلوكه. فخبرات المرض و لمدة طويلة ليست كخبرات المرض لمدة قصيرة بالنسبة لأي فرد، و في هذه المدة من المرض تتبعها نجاح أو فشل في الالتزام بالسلوك الصحي بالنسبة لمريض السكري. لكن النتيجة جاءت بعكس هذا التوقع، و هو أن مدة المرض لا علاقة لها أبدا بمعتقدات المريض حول مصدر صحته. و بما انه و حسب اطلاع الباحثة فانه لا توجد دراسات سابقة تناولت علاقة الازمان (مدة المرض) بأبعاد مصدر الضبط الصحي.

فيمكن مناقشة نتائج هذه الفرضية بناءا على نتائج الفرضية الأولى خاصة عندما تأكدنا من انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي. و قلنا بأن هذا راجعت ربما لخصائص العينة، خاصة من الجانب التعليمي لهم. هذا ربما في اعتقاد الباحثة قد يفسر و لو جزئيا نتائج هذه الفرضية.

فانخفاض المستوى التعليمي للعينة و ما يصاحبه من جهل يرتبط ارتباطا وثيقا بانخفاض المستوى الصحي في المجتمع، فالفرد الذي لا يعرف القراءة أو الكتابة لا يستفيد من الإرشادات و المعلومات الصحية المنشورة في الصحف أو المجلات أو النشرات الصحية، كما انه غير مبال لسماع أي برامج إذاعية فيما يتعلق بالصحة، و هو غير مبال أيضا لحضور الاجتماعات و الندوات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فان الفرد غير المتعلم تكون فرصة إيمانه في البدع و الخزعبلات كبيرة، و قد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة أساسية، و هذا يؤثر على الحالة الصحية في المجتمع (بهاء الدين إبراهيم سلامة : 2001، ص 208)، و على نفسه أيضا.

هذا يؤكد أن تفكير الشخص بهذه الطريقة لا تغير من اعتقاده في مصدر صحته مهما كانت مدة مرضه طويلة، و مهما كانت خبرات نجاحه في العلاج فانه سيعزوها للأطباء و الآخرين و ليس لقدراته هو.

و هناك بعض العوامل الاجتماعية السلبية التي تؤثر في اعتقاد الفرد بمصدر صحته أكثر من ارتباط مدة المرض بمصدر الصحة، فمهما كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة فهي لا تؤثر في اعتقاد الفرد بمصدر صحته، و هذا في بيئتنا طبعاً، و سنوضح هذا في المثال التالي :

مثال :

زوجة الابن لا تذهب إلى الوحدة الصحية أو المستشفى إلا بعد استشارة زوجها و اخذ الإذن منه حتى في أصعب الظروف الصحية، كما أنها تطيع الأم و تنصاع لأوامرها و نصائحها، و عادة تكون هذه النصائح مخالفة للتعاليم الصحية الحديثة. و زوجة الابن لا يمكن عدم إطاعتها لشعورها بالالتزام نحوها- الأم -(بهاء الدين إبراهيم سلامة : 2000، ص 210).

إذا كانت مثل هذه الاعتقادات راسخة منذ أجيال، فكيف يمكن أن تتغير فكرة المرء و اعتقاده بمصدر صحته. إذا كان قد أصيب منذ فترة قصيرة بأي مرض حتى و إن كانت طويلة الأمد. فمجتمعا العربي مازال لم يصل إلى درجة الوعي الصحي بعد، و انه بإمكانه التغيير من معتقداته نحو صحته، و هذا لصالحه، لأنه مازال يعتقد و يؤمن بقوة الآخرين ذوي النفوذ (PHLC) و بالقضاء و القدر و الحظ و الصدفة، و واقعنا فعلا يعكس كل هذه الأمور.

ب- لا توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و السن لدى مرضى السكري

بعد تفسير النتائج الجزئية من الفرضية الثانية تبين عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و السن. حيث كان معامل الارتباط بين السن و البعد الداخلي يساوي (0.02-) و هي قيمة غير دالة. و كان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي و السن يساوي (0.18)، في حين كان معامل الارتباط بين بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي و السن يساوي (-0.44) و كلها قيم غير دالة إحصائيا.

كما نعلم أن مصدر الضبط هو متغيرات الشخصية غير الثابتة، فهو يتغير بتغير المواقف، ففي المراحل العمرية الأولى قد يتبنى الشخص وجهة ضبط داخلية على سبيل المثال، لكن مع مرور الوقت و التعرض للمواقف المتعددة خلال حياة الفرد قد تغير من اعتقاده في مصدر ضبطه، و هذا بالطبع من خلال ما يمر به من خبرات نجاح و فشل في حياته، و كيفية إدراكه لمصدر التعزيزات المقدمة له، و قد لا يتغير أبدا.

و هذه النتائج توافق نتائج الدراسة المقدمة من طرف Zdanowicz ن و كان موضوع هذه الدراسة هو البحث في الفروق في أبعاد مركز الضبط الصحي عند عينة سوية و عينة مرضية لدى عينة من الشباب تتراوح أعمارهم بين 13 و 25 سنة، و كشفت الدراسة على أن أفراد العينة السوية يتميزون بمستوى ضبط داخلي عال بالمقارنة مع العينة المرضية التي تتميز بارتفاع في مستوى الضبط الخارجي، و كشفت إلى أن السن ليس له أي تأثير على تطور مصدر الضبط الصحي.

و هي نفس النتائج التي توصل إليها Stanton ن حيث وجد أن مصدر الضبط الداخلي للصحة لا يتطور بتقدم السن، أو بعبارة أخرى لا يتأثر بالسن، و بهذا يمكننا أن نقول أن السن لا يؤثر بدرجة كبيرة في اعتقاد الفرد حول مصدر الضبط الصحي لديه.

و كما تطرقنا سابقا في مناقشة نتائج الفرضية الأولى و الثانية(أ) أن خصائص العينة لها دور كبير في الوصول إلى مثل هذه النتائج، و يمكن ربما مناقشة نتائج مدة المرض بنتائج علاقة السن بأبعاد مصدر الضبط الصحي.

3.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

تشير الفرضية إلى انه :

<< توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض و السن لدى مرضى السكري >>.

و قد قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

1.3.2 توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض (الازمان) لدى مرضى السكري

عرض النتائج :

جدول رقم 15: يبين معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض لدى مرضى السكري

الكفاءة الذاتية		
0.09	معامل الارتباط	النتيجة
غير دال	الدالة الإحصائية	
86	العينة (N)	

يتضح من الجدول أن :

- أن معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض (الازمان) يساوي (0.09)، و هي قيمة غير دالة. و هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض.

2.3.2 توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و السن لدى أفراد العينة

عرض النتائج :

جدول رقم 16 : يبين معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و السن لدى مرضى السكري

الكفاءة الذاتية	معامل الارتباط	r
-0.04		
غير دال	الدالة الإحصائية	
86	العينة (N)	

يتضح من الجدول :

- إن معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و السن يساوي (-0.04) و هي قيمة غير دالة، و هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و السن.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

بعد عرض نتائج الفرضية الثالثة و التي تشير إلى انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض و السن لدى مرضى السكر، تبين بعد تفسير النتائج إلى انه :

أ- لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض (الازمان) لدى مرضى السكري

نتائج هذه الفرضية مناقضة للنتائج التي توصل إليها Garys و آخرون من خلال دراسته التي بحثت في تأثير السن و الجنس و الازمان في الكفاءة الذاتية لدى المرضى المزمنين، حيث كشفت النتائج إلى أن ارتفاع درجة الكفاءة الذاتية يقابله انخفاض في درجة الألم لدى المرضى المزمنين و بينت أيضا انه بالرغم من الخبرات الطويلة في المرض المزمن يؤدي فيما بعد إلى انخفاض في الكفاءة الذاتية، و وصلت كذلك إلى انه لا توجد علاقة واضحة بين الكفاءة الذاتية و السن و الجنس لدى المرضى المزمنين (<http://www.Blackwell – symery.com/doit/als>).

و لو تفحصنا الجانب النظري لوصلنا إلى استنتاج عام خاصة فيما يتعلق بمصادر الكفاءة الذاتية، و حول تأثير اعتقادات الفرد حول كفاءته الذاتية، لوجدنا أن هناك ارتباط بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض، هذا إذا قمنا بإسقاط فكرة مدة المرض على تلك الرسومات البيانية التي تبين وعي الفرد بكفاءته الذاتية. و لنأخذ على سبيل المثال : علاقة الفكرة المسبقة بالكفاءة الذاتية، فكلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانيات الفرد و قدراته و معلوماته نحو الايجابية، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى

كفاءته الذاتية اكبر. و بما أن عينة البحث هي مرضى السكري لو كانت فكرتهم المسبقة عن مرض السكري بأنه مزمن و ملازم لهم طوال حياتهم، أي أن فكرتهم عن المرض و مدته قد تكون سليمة، هذا سيؤثر حتما على فكرتهم حول إمكانياتهم و قدراتهم و معلوماتهم في تخطي هذا المرض، و قد تكون النتيجة انخفاض أو انعدام للكفاءة الذاتية. و يمكن أن نواصل على بقية الرسومات على نحو هذه الفكرة.

لكن نتائج الدراسة أثبتت العكس أي انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و مدة المرض. و في رأي الباحثة ربما يرجع هذا إلى الحالة الفسيولوجية، و كما عبرنا عنها في الجانب النظري إلى أنها تؤثر على الانتباه، و على تفسير الفرد للأحداث و إدراكها و تنظيمها و تخزينها و استرجاعها فيما بعد.

أي أن الحالة الفسيولوجية تؤثر على إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية، و على الأحكام التي يصدرها. فبالنسبة لمرضى السكري فإنهم يتميزون بأعراض نفسية قد تؤثر على حالة الإدراك لديهم، فهم دائما قلقون، سريعوا الاستثارة (هذا ما لاحظناه أثناء إجراء الدراسة). بالرغم من أن بعض الأفراد قد تجاوز المرض لديه 20 سنة، إلى أن سلوكياته اتجاه الالتزام مثلا ببعض النصائح الطبية مازالت سلبية لأنه بحسب رأيهم لا يجدون الدعم في تطبيقها، و كذلك لا يؤمنون بقدراتهم في تجاوز هذا الأمر و التعايش مع السكري.

ب- لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و السن

حيث كان معامل الارتباط بينهما يساوي (-0.04) و هي قيمة غير دالة إحصائيا.

نتائج هذه الفرضية تتفق مع ما توصلت إليه نتائج Garys حيث توصل إلى انه لا توجد علاقة واضحة بين الكفاءة الذاتية و السن و الجنس لدى المرضى المزمنين.

إلا أن نتائج دراسة أخرى أجريت للكشف عن العلاقة بين السن و الرغبة في السيطرة على الصحة على عينة تتراوح أعمارهم بين 20 – 99 عامان فتوصلت النتائج إلى أن الأفراد فوق 60 عاما لديهم رغبة اقل في السيطرة على صحتهم مقارنة مع الشباب، و بالنسبة للكفاءة الذاتية للأفراد فوق 60 عاما كانت منخفضة (<http://www.ncbi.nlm.gov/entrez/query.Fcgi> ?).

لكن نتائج هذه الدراسة أسفرت على انه لا توجد علاقة أصلا بين الكفاءة الذاتية و عامل السن، و ربما هذا راجع إلى أم كل أفراد العينة من كبار السن، و بالتالي فان رؤيتهم إلى قدراتهم تختلف عن رؤية

الشباب، كما أن المستوى التعليمي يلعب دورا كبيرا، حيث وجدت الباحثة صعوبة كبيرة أثناء تطبيق المقياسين، و أن أفراد العينة لم يفهموا حقيقة المعنى الحقيقي للبنود المعبر عنها، لذلك أسفرت على مثل هذه النتائج.

4.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

تشير إلى انه :

>> توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الجنس و المستوى التعليمي<<.

و قد قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

1.4.2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في أبعاد مصدر الضبط الصحي.

عرض النتائج :

جدول رقم 17 : يبين نتائج اختبار T للفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي بين الجنسين.

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الذكور	50	23.10	4.17	-1.21	غير دال
الإناث	36	24.13	3.49	-1.25	
الذكور	50	22.96	3.82	-1.18	غير دال
الإناث	36	23.97	3.99	-1.17	
الذكور	50	17.78	5.44	-0.44	غير دال
الإناث	36	18.25	3.91	-0.46	

من خلال الجدول نلاحظ ما يلي :

- الفروق بين الذكور و الإناث في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي :

عدم وجود فروق دالة إحصائية في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي بين الذكور و الإناث، فقد بلغ متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي عند الذكور (23.10) و بانحراف معياري قدره (4.17)، و عند الإناث كان متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (24.13) و بانحراف معياري (3.49)، و كانت نتيجة اختبار { ت } المحسوبة هي (-1.21) و هي غير دالة

إحصائيا. هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي.

- الفروق بين الذكور و الإناث في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي :

عدم وجود فروق دالة إحصائية في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي بين الذكور و الإناث، فقد بلغ متوسط درجة بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي عند الذكور (22.96) و بانحراف معياري قدره (3.82)، و عند الإناث كان متوسط درجة بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (23.97) و بانحراف معياري (3.99)، و كانت نتيجة اختبار { ت } المحسوبة هي (1.17 -) و هي غير دالة إحصائيا. هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي.

- الفروق بين الذكور و الإناث في بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي :

عدم وجود فروق دالة إحصائية في بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي بين الذكور و الإناث، فقد بلغ متوسط درجة بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي عند الذكور (17.78) و بانحراف معياري قدره (5.44)، و عند الإناث كان متوسط درجة بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي (18.25) و بانحراف معياري (3.91)، و كانت نتيجة اختبار { ت } المحسوبة هي (0.44 -) و هي غير دالة إحصائيا. هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي.

2.4.2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة و هذا باختلاف المستوى التعليمي.

عرض النتائج :

جدول رقم 18 : يبين نتائج تحليل التباين الأحادي في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لمرضى السكري.

مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
IHLIC	داخل المجموعات	4	15.77	1.03	غير دال
	بين المجموعات	81	1240.3		
	المجموع	85	1303.9		
PHLC	داخل المجموعات	4	3.23	0.20	غير دال
	بين المجموعات	81	1285.3		
	المجموع	85	1298.33		
CHLC	داخل المجموعات	4	14.25	0.5	غير دال
	بين المجموعات	81	1934.9		
	المجموع	85	1991.9		

من خلال تحليل التباين الأحادي كشفت عن عدم وجود فروق في درجات أبعاد مصدر الضبط الصحي عند مرضى السكري باختلاف المستوى التعليمي.

- حيث بين هذا الجدول أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي تساوي (1.03) و هي قيمة غير دالة إحصائية، كما أن المتوسط داخل المجموعات و بينها تقريبا متساو. هذا يعني أن هناك تجانس داخل العينة، و هذا يلغي وجود أي فروق بين المجموعات في مصدر الضبط الصحي الداخلي لأفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي.

- و قيمة F المحسوبة بالنسبة بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي تساوي (0.20) و هي قيمة غير دالة إحصائية، كما أن المتوسط داخل المجموعات و بينها لم يكن متباعدا. هذا يعني أن هناك تجانس داخل المجموعات، و مما يؤكد عدم وجود أي فروق بين المجموعات في مصدر الضبط الصحي لبعد ذوي النفوذ لأفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي.

- و قيمة F المحسوبة بالنسبة بعد الحظ و الصدفة لمصدر الضبط الصحي تساوي (0.5) و هي قيمة غير دالة إحصائياً، كما أن المتوسط داخل المجموعات و بينها لم يكن متباعداً كثيراً، مما يؤكد عدم وجود أي فروق بين المجموعات في مصدر الضبط الصحي لبعده الحظ و الصدفة لأفراد العينة باختلاف مستوياتهم التعليمي.

و لم نكتفي بهذا الحد من النتائج، بل أجرينا اختبار Scheffe للفروقات البعدية، و لم يكشف عن أي فروقات في مصادر التغيير بين أبعاد مصدر الضبط الصحي داخل العينة باختلاف مستوياتهم التعليمي. هذا يؤكد أن المستوى التعليمي من خلال هذه الدراسة لا علاقة له بأبعاد مصدر الضبط الصحي.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

بعد عرض نتائج الفرضية الرابعة و التي تشير إلى انه توجد فروق دالة إحصائياً في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الجنس و المستوى التعليمي، تبين بعد تفسير النتائج إلى انه :

أ- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أبعاد مصدر الضبط الصحي لأفراد العينة باختلاف الجنس

حيث كانت نتائج اختبار T المحسوبة في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي بين الجنسين) - (1.21 ، و قيمة T المحسوبة في مصدر الضبط الصحي لبعده ذوي النفوذ) - (1.18 ، و قيمة T المحسوبة في مصدر الضبط الصحي لبعده الحظ و الصدفة بين الذكور و الإناث) - (0.44 و كلها قيم غير دالة إحصائياً، و هذا يؤكد عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في أبعاد مصدر الضبط الصحي.

هذه النتائج لم تأت متناسقة مع بعض النتائج لدراسات سابقة، حيث أكدت وجود اختلاف في مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس. حيث تؤكد إحدى الدراسات على أن الذكور يتميزون عن الإناث في مصدر الضبط الصحي الداخلي، في حين أن الإناث يتميزون بالإيمان بذوي النفوذ في مصدر الضبط الصحي (<http://herkules.oulu.fi/isbm/htm>).

كما أكدت دراسة أخرى أن الرجال لديهم اعتقاد داخلي في مصدر الضبط مقارنة مع الإناث، و أن النساء و الكبار في السن لديهم اعتقاد كبير في ذوي النفوذ و قدرتهم على التحكم في صحتهم.

و هناك دراسة أخرى أكدت على أن الذكور يتميزون بكفاءة ذاتية مرتفعة، و هم اقل من أن يعتقدوا في الحظ و الصدفة و ذوي النفوذ بالمقارنة مع النساء

(<http://www.diabetic-lifestyle.com/articles/sep28>).

كما أثبتت كذلك دراسات كل من Deven و Stellion و آخرون (1978)، أن الذكور يكونون أكثر تحكما داخليا من الإناث، و ذلك بسبب الثقة العالية بالنفس، و لديهم شعور بالقوة و التحكم في الأحداث، و ذلك لان البيئة و المجتمع يطلب من الذكور مطالب معينة تتسم بالصرامة و القوة، حيث يدفعون من الصغر لشق طريقهم ذاتيا، عكس الإناث .

و دراسة أخرى لـ Stanton (1995) بحثت في الكشف عن الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي، حيث وجد أن هناك تغير في بعد الصدفة من مركز الضبط الصحي، و بعد ذوي النفوذ، بين 13 و 15 سنة و هذا فقط عند الإناث.

كل هذه الدراسات أثبتت وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي بين الجنسين، حيث وجدت ان الذكور مستوى الضبط الداخلي عندهم مرتفع مقارنة بالإناث، و أرجعت هذا إلى الخصائص التي يتميز بها الذكور عن الإناث و كذا بالنسبة للمسؤوليات التي يتحملها سواء في الأسرة أو المجتمع.

في حين أن هناك دراستين لكل من Hoston (1994)، و صلاح الدين أبو ناهية (1987)، وجدا بأنه لا توجد فروق في وجهة الضبط بين الجنسين، و هي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراستنا. و قد ترجع هذه النتائج في انعدام الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى العينة في رأي الباحثة إلى ما تتميز به العينة من خصائص، كما يمكن أن ترجع هذه النتائج إلى ما يتميز به العصر من تحلي كل شخص بمسؤولياته الخاصة اتجاه نفسه و اتجاه الآخرين، و بالتالي تساوي الفرص بين الذكور و الإناث في جميع المسؤوليات، و كذلك خروج المرأة للعمل اثر كثيرا في اعتقادات المرأة حول تقدير ذاتها و تحملها لمسؤولياتها مثلها مثل الرجل، أي أن الثقافة المحلية لم تعد تدعم فقط الرجل على تحلي بعض الصفات التي تؤهله لتحمل المسؤوليات و الثقة بالنفس . . الخ، بل تعداها إلى أن التنشئة الاجتماعية الآن أصبحت تساوي بين تدعيم الرجل و المرأة في تحمل المسؤوليات سواء في الأسرة و المجتمع.

لذلك نجد من خلال بحثنا هذا انه لا توجد فروق في مصدر الضبط باختلاف الجنس، حيث ألغت تماما هذه الفروق، حيث تتساوى المرأة و الرجل في بعد الحظ و بعد ذوي النفوذ و كذلك في البعد

الداخلي، خلافا لما أظهرت النتائج الأخرى إلى أن الذكر يتميز بضبط داخلي مرتفع بالمقارنة مع المرأة.

ب- لا توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي

حيث أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي قيمة F المحسوبة بالنسبة للبعد الداخلي و التي تساوي (1.03) و لبعد ذوي النفوذ تساوي (0.20) و لبعد الحظ و الصدفة (0.5)، و كلها قيم غير دالة إحصائية. هذا يعني أن المستوى التعليمي لا علاقة له باعتقاد الفرد حول مصدر صحته. هذه النتائج منطقيا غير سليمة، لأن الفرد المتعلم أو الذي له مستوى تعليمي معين يؤثر و لو جزئيا في طريقة تفكيره و إدراكه و تفسيره لمختلف المواقف من الفرد غير المتعلم نهائيا. و بحسب اطلاع الباحثة فإنه لا توجد دراسات سابقة تناولت هذا الجانب من البحث، خاصة في المستوى التعليمي و علاقته بمصدر الضبط. و عليه يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى عدم فهم أفراد العينة لبنود الاختبار جيدا، و بذلك لم يؤثر المستوى التعليمي فقي فهم البنود. و ربما يرجع كذلك إلى الفترة الطويلة للمرض حيث بلغت 20 سنة عند البعض، و ربما هذا يؤثر على إدراك الفرد لمصدر ضبطه. أو أن تجارب الفشل و النجاح في علاج المرض عبر سنوات طويلة أكسبت الفرد وجهة ضبط معينة بغض النظر عن مستواه التعليمي. و هذا ما أكدته الملاحظات الأولية للباحثة عند تطبيقها لمقياس مصدر الضبط الصحي، حيث تتساوى الدرجة الكلية في بعض الأحيان لبعد ذوي النفوذ و مصدر الضبط الداخلي عند الأفراد ذوي المستوى التعليمي (الثانوي، و الجامعي).

5.2 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

تشير الفرضية إلى انه :

>> توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.<<

و قد قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

1.5.2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الكفاءة الذاتية

عرض النتائج :

جدول رقم 19 : يبين نتائج اختبار T للفروق في درجة الكفاءة الذاتية بين الجنسين

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الذكور	50	125.12	42.3	0.13	غير دال
الإناث	36	123.77	33.7	0.14	

من خلال الجدول نلاحظ ما يلي :

عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين الذكور و الإناث، فقد بلغ متوسط درجة الكفاءة الذاتية عند الذكور (125.12) و بانحراف معياري قدره (42.3)، و بلغ متوسط درجة الكفاءة الذاتية عند الإناث (123.97) و بانحراف معياري قدره (33.7)، و كانت نتيجة اختبار T المحسوبة (0.13) و هي غير دالة، و هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس.

2.5.2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة باختلاف

مستواهم التعليمي.

عرض النتائج :

جدول رقم 20 : يبين نتائج التحليل التباين الأحادي في درجة الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة

باختلاف مستواهم التعليمي

مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية
16831.2	4	4207.8	3.080	دالة عند 0.02
110646.6	81	1366		
127477.8	85			
داخل المجموعات				
بين المجموعات				
المجموع				

من خلال الجدول نلاحظ ما يلي : وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف مستواهم التعليمي، حيث بلغت قيمة $F (3.08)$ و هي دالة عند مستوى (0.02) و كانت المتوسطات بين المجموعات متباعدة بحيث أظهرت هذه الفروق.

- بعدها أجرينا اختبار Schffe للفروقات البعدية للكشف عن مصادر التغير في درجات الكفاءة الذاتية.

جدول رقم 21 : يبين مصادر التغير بين أفراد العينة في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف مستواهم

التعليمي

المستوى التعليمي	الفروق بين متوسط المجموعات	مستوى الدلالة
الأميين	الابتدائي	-6.415
	المتوسط	0.627
	الثانوي	-4.852
	الجامعي	0.683
الابتدائي	المتوسط	-34.737 *
	الثانوي	0.006
	الجامعي	-28.355 *
	المتوسط	0.021
المتوسط	المتوسط	1.562
	الثانوي	0.007
	الجامعي	-28.322 *
	الثانوي	0.043
الثانوي	المتوسط	-21.940
	الثانوي	0.107
	الجامعي	-29.884 *
	الثانوي	0.020
الجامعي	المتوسط	-23.50
	الثانوي	0.057
الجامعي	المتوسط	0.617
الثانوي	المتوسط	6.381

و قد تبين من اختبار Scheffe المجموعات التي توجد بينها فروقات في درجة الكفاءة الذاتية :

- حيث كانت الفروقات بين أفراد ذوي المستوى التعليمي المنخفض (الأميين) و بين الثانويين حيث كان الفرق في المتوسط بينهما $(-34.73*)$ في درجة الكفاءة الذاتية، و هي دالة إحصائية على مستوى اقل من (0.05) و هذا لصالح الثانويين.

- و كانت الفروقات بين أفراد ذوي المستوى التعليمي الابتدائي و بين الثانويين حيث كان الفرق في المتوسط بينهما $(-28.322*)$ في درجة الكفاءة الذاتية، و هي دالة إحصائية على مستوى اقل من (0.05) و هذا لصالح الثانويين في درجة الكفاءة الذاتية.

- و كانت الفروقات بين أفراد ذوي المستوى التعليمي المتوسط و بين الثانويين حيث كان الفرق في المتوسط بينهما (-29.884^*) في درجة الكفاءة الذاتية، و هي دالة إحصائية على مستوى اقل من (0.05) و هذا لصالح الثانويين في درجة الكفاءة الذاتية.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

بعد عرض نتائج الفرضية الخامسة و التي تشير إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري باختلاف الجنس و المستوى التعليمي، تبين بعد تفسير النتائج إلى انه :

أ- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الكفاءة الذاتية

حيث كانت نتيجة T المحسوبة (0.13) و هي غير دالة. هذا يعني أن درجة الكفاءة الذاتية لا تتأثر بالجنس.

و هي تؤكد ما ذهب إليه دراسة Garys و آخرون حيث بحثت هذه الدراسة في تأثير السن و الجنس و الازمان في الكفاءة الذاتية لدى المرضى المزمنين، و خلصت النتائج إلى انه لا توجد علاقة واضحة بين الكفاءة الذاتية و السن و الجنس لدى المرضى المزمنين. أي أن الذكور و الإناث درجة الكفاءة الذاتية لديهم لا تختلف بحكم انتمائهم إلى جنسين مختلفين، و هذا راجع ربما إلى كيفية تأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد في كفاءته الذاتية، فكل منهما يؤمن و يثق في قدراته الذاتية على نحو ايجابي يجعله يقف وجها لوجه مع الجنس الآخر.

و كما رأينا في نتيجة الفرضية الرابعة إلى أن أبعاد مصدر الضبط الصحي لا تختلف باختلاف الجنس، هذا يؤكد و من خلال الإطار النظري للدراسة إلى أن الكفاءة الذاتية هي شعور الفرد و إدراكه أن يمتلكها، سيوجهه نحو تبني وجهة ضبط معينة في حياته. و بما أن عامل الجنس ألغى هذه الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي، فالنتيجة المنطقية أن تلغى الفروق بين الجنسين في درجة الكفاءة الذاتية. و ربما كذلك تقارب أفراد العينة من حيث السن ساهم في إلغاء هذه الفروق.

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي

و هذا ما أثبتته نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي، حيث بلغت قيمة $F (3.08)$ و هي دالة عند مستوى (0.02) ، و كانت المتوسطات بين المجموعات متباعدة، بحيث أظهرت هذه الفروق و أكد مصدر التغير في درجة الكفاءة الذاتية بين المجموعات اختبار Scheffe، حيث كانت الفروق في درجة الكفاءة الذاتية لصالح الثانويين و الجامعيين. أي انه كلما تميز المستوى التعليمي بالارتفاع ارتفعت درجة الكفاءة الذاتية و تنخفض بانخفاض المستوى التعليمي.

و كما هو مبين في جدول توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي، نجد أن الثانويين 22% و الجامعيين 22%، هذا بالنسبة للذكور، في حين أن الإناث نجد 16.66% من الثانويات و 19.45% من الجامعيات، بإجراء مقارنة بسيطة نجد أن أفراد العينة مستواهم التعليمي مقبول و هذا ربما ما اثر في النتائج.

و كما قلنا سابقا أن الفرد غير المتعلم فرصة إيمانه في البدع و الخزعات كبيرة، و قد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة أساسية، و هذا يؤثر على الحالة الصحية له، كما أن ثقته بنفسه ستكون ضعيفة. كما أن العوامل الثقافية السلبية كالتقاليد و الإيمان بالقدرية تؤثر كثيرا في الأفراد ذوي المستوى التعليمي و تجعلهم متمسكين بما يعتقد فيه الآباء و الأجداد، و يلغون بالتالي قدراتهم الذاتية في مواجهة أي موقف في حياتهم. كما أن اعتقادهم في القدرية يجعلهم أو يدفعهم إلى التواكل دون أن يقوموا بدور ايجابي للوقاية من المرض أو علاجه، في حين نجد أن الأفراد ذوي المستوى العالي من التعليم، يرفضون كل هذه الأفكار و يؤمنون بقدراتهم الذاتية في تجاوز و حل المشكلات التي يواجهونها في الحياة.

الخلاصة

لقد كان هدف الدراسة الحالية هو معرفة العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، و قد تم تناول متغيرات الدراسة في الجانب النظري في فصول مستقلة هي: مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية، و كذا مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة.

و قد خصص الجانب الميداني للإجابة على تساؤلات الدراسة، و لقد قسم الجانب الميداني إلى فصلين : أما الفصل الأول فقد تضمن التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، و منهج الدراسة، تحديد خصائص العينة، و التي اشتملت على 86 مريضاً بالسكري. و المقاييس التي تم اعتمادها في الدراسة، و كذا الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها للإجابة على تساؤلات الدراسة. أما الفصل الثاني فقد اشتمل على عرض و تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها من البحث.

و خلصت الدراسة إلى انه لا توجد علاقة بين البعد الداخلي و الكفاءة الذاتية، لكن ترتبط ببعدي ذوي النفوذ و الحظ و الصدفة، كما انه لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية بكل من مدة المرض و السن.

و أظهرت الدراسة كذلك انه لا توجد فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس و المستوى التعليمي، و لا توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية بين الجنسين. في حين أثبتت انه توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية بين أفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي.

على الرغم من النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة و التي جاءت متسقة في بعض الأحيان مع بعض الدراسات و أحيانا أخرى كانت متناقضة، فانه تجدر الإشارة إلى أن الدراسة قد تضمنت بعض النقائص التي يمكن أن تكون قد أثرت في نتائجها و التي من بينها عدم تجانس العينة.

خاتمة

من خلال النتائج المتوصل إليها من هذه الدراسة، نقف على أهمية العوامل النفسية في الأمراض البدنية، ومدى ضرورة و أهمية اعتقادات الفرد في صحته و تنفيذه للسلوكات الصحية لضمان استقرار صحته. خاصة و أن مرضه يعد من الأمراض المزمنة، أي ستكون ملازمة له طوال حياته. كما أننا وصلنا إلى نقطة مهمة من خلال بحثنا هذا، و هي أن عينة البحث أو مرضى السكري خاصة في بيئتنا المحلية لا يؤمنون أو ليس لديهم اعتقاد و ثقة في قدراتهم على تجاوز مشكلاتهم الصحية و التعايش معها، بل لديهم إيمان كبير في المسؤولين و الأطباء فقط و هم السبيل الوحيد في شفائهم. و عليه نرى انه بالإمكان الأخذ ببعض الملاحظات التي نرى أنها ضرورية، و التي كانت فعلا من صميم ملاحظتنا أثناء إجراء الدراسة الميدانية.

1. إنشاء مقياس للكفاءة الذاتية خاص بمرضى السكري و اعتباره خطوة في سبيل تشجيع خاصية الكفاءة الذاتية و تنميتها عندهم.
2. إن الاتجاه السلبي نحو قدرات الفرد هو الغالب لدى المرضى المزمنين، مما يضعنا أمام إشكالية تغيير معتقدات الفرد السلبية المحددة لصحته و البحث عن البرامج التدريبية الفعالة لتحقيق ذلك.
3. أن المرضى المزمنين المصابين بمرض السكري خاصة المسنين منهم و الأميين يحتاجون إلى اهتمام خاص لتغيير معتقداتهم حول صحتهم.
4. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في البحوث اللاحقة أن عينة بحثنا هذا : أولا اختيرت بطريقة عرضية، ثانيا : لم تميز بين مرضى السكري، فالمصابين بالنوع الأول معاناتهم و مرضهم غير النوع الثاني. لذلك لا بد من التركيز على فئة معينة و خاصة المرضى الذين يعالجون بالأنسولين، و هذا ما نراه نقص في بحثنا.

خاتمة

إن الهدف من الدراسة الحالية هو معرفة الفروق الكامنة في أبعاد مركز ضبط الصحة الثلاثة عند مرضى السكري في حد ذاتهم حسب نفس أفراد العينة، ثم بين الجنسين وكذلك مقارنة مع الأصحاء وقد درس هذا الموضوع وفق جانبين نظري وتطبيقي. حيث تم تناول مركز ضبط الصحة ومرض السكري في الجانب النظري وتم اختيار عينتين للبحث (عينة مرضى، أصحاء) وطبق عليهما مقياس مركز ضبط الصحة، وهذا في الجانب الميداني كما أستخدمت بعض الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج المتحصل عليها من الإستبيان، وقد دلت النتائج بعد تفسيرها أنه لا توجد فروق في بعدي الحظ وذوي النفوذ عند مرضى السكري الذكور ووجود فرق دال في البعد الداخلي عندهم، عكس الإناث المريضات اللاتي لا يوجد عندهن فرق في الأبعاد الثلاثة لمركز ضبط الصحة أما فيما يخص المقارنة بين الجنسين في أبعاد مركز ضبط الصحة تبين أنه يوجد فرق دال إحصائيا في البعد الداخلي عكس البعدين الآخرين- كما توصلت الطالبة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين مرضى السكري والأصحاء. وعلى الرغم من النتائج المتحصل عليها فإنه تجدر الإشارة إلى أن الدراسة لم تخلو من النقائص التي يمكن أن تكون أثرت في نتائجها والتي من أهمها: عدم تجانس أفراد العينة خاصة من ناحية السن والمستوى التعليمي إضافة إلى صعوبة إفهام الأفراد الأميين بنود الاختبار.



المراجع

المراجع العربية :

1. الكتب

1. احمد عبد اللطيف وحيد(2001)علم النفس الاجتماعي، ط1، ، عمان ،دار الميسرة للنشر
2. الياس الأسمر(1996) : السكرى : ما هو؟ أسبابه، عوارضه، و العلاج ، ط1، بيروت
3. بهاء الدين إبراهيم سلامة(2001): الصحة و التربية الصحية ، ، القاهرة،دار الفكر العربي
4. جون دكت (2000): علم النفس الاجتماعي و التعصب ، ترجمة عبد الحميد صفوت إبراهيم، ط1، القاهرة،دار الفكر العربي.
5. سهير كامل احمد(2001): أسس تربية الطفل بين النظرية و التطبيق، الازارطة،دار المعرفة الجامعية
6. شعبان علي حسين السيسى (2002): علم النفس(أسس السلوك الإنسانى بين النظرية و التطبيق) ، الاسكندرية،المكتب الجامعي الحديث.
7. عبد المنعم احمد الدرديري (2004): دراسات معاصرة فى علم النفس المعرفى ج 2، ط1، القاهرة، عالم الكتب.
8. عثمان يخلف (2001): علم النفس الصحة(الأسس النفسية و السلوكية للصحة)، الدوحة، دار الثقافة.
9. عماد الزغلول (2003): نظريات التعلم، ط1، ، عمان، دار الشروق
10. فتحي محمد الزيات(2001): علم النفس المعرفى ج1، ط1، مصر،دار النشر للجامعات
11. فتحي محمد الزيات(2001): علم النفس المعرفى ج2، ط1، مصر، دار النشر للجامعات
12. فيصل محمد خير الزراد(2000): الأمراض النفسية – الجسدية، ط1، بيروت،دار النفائس
13. محمد السيد عبد الرحمان(1997): دراسات فى الصحة النفسية ج1، مصر، دار القباء
14. معتز سيد عبد الله: بحوث فى علم النفس الاجتماعي ج1، القاهرة، دار غريب للطباعة
15. نخبة من أساتذة الجامعات(1999): طب المجتمع، لبنان، أكاديميا للنشر و الطباعة
16. يوسف قطامي(2004): النظرية المعرفية الاجتماعية، ط1، الأردن، دار الفكر

2. الرسائل و الدوريات (المجلات)

17. بشير معمريه (1995) : الفروق و العلاقات فى مصدر الضبط و العصابية لدى طلاب الجامعة ، وهران، رسالة ماجستير، غير منشورة
18. زعوط رمضان (2005): علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحى ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، ورقلة، رسالة ماجستير غير منشورة
19. مدور مليكة (2005) : وجهة الضبط و علاقتها بأنماط التفكير ، باتنة، رسالة ماجستير غير منشورة
20. رالف شفارتس (1994): التفاوضية الدفاعية و الوظيفية كشرطين للسلوك الصحى ، ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية، العدد 18، مجلد5،، بيروت، دار النهضة العربية

المراجع الاجنبية

1-les livres :

21. J. Moline: Manuel de sémiologie médicale, (1992 Paris, Masson

2-les revus :

22. Albert Bundura 1999: Social cognitive theory of personality, , NEW YOURK, in, L , pevin, and O. John (ed) Hand book of personality, Guilford press,
23. Albert Bundura, 1994: self efficacy, , NEW YOURK, in V. S Roma chadran (ed) encyclopedia of human behaviour, vol 4, Academie press
24. Christopher, J. Armitage 2003: the relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control, how are distal perception of control related to proximal perception of control, psychology and health, vol 18, N6
25. Gregory L, Weiss & all 1990: health value, health locus of control and prediction of health ptotective behaviours, social behaviour and personality, Vol 18, N1
26. Susan, Rosenthal & al, 2002l: the relationship between S T D locus of control and S T D Acquistion among adolescent girls , Libra publisher, Vol 37, N145

27. Wrightson, K. J. Wardele. J1997: cultural variation in health locus of control, ethnicity and health, vol 2, issue 1/2

28. Z Danowicz N. Janne P & all: lieu de control de la santé et prise en charge des adolescents, revue française de psychiatre et de psychologue médicale

4. المواقع الالكترونية

29. http://www.wik.ed.uiuc.edu/index_php.htm (06.03.2007 / 9: 00)
30. <http://www.workhealth.org/rfb/locus of control.htm> (06.03.2007)
31. <http://www.hsc.usf.edu/kanbrown/locus of control.htm> (06.03.2007)
32. <http://www.vanderbilt.edu/mursing/kwallston/LHCS.caled.htm> (06.03.2007)
33. <http://www.de.geocities.com/psycho and al/komp.htm> (21.05.2006)
34. <http://www.your-doctor.net/diabetes/> (24.04.2007)
35. <http://ar.wikipedia.org/wiki> (24.04.2007)
36. <http://www.ncd.org.jo/diab Arabic/htm> (24.04.2007)
37. <http://www.gulfkids.com/ar/aint.php> (24.04.2007)
38. <http://www.inform world.com/SMP/content> (24.04.2007)
39. <http://Idesugepub.com/cgi/content> (24.04.2007)
40. <http://f.ingentacontmenttheextendedhealthbeliefmodes.appliedtotheexperienceof-htm> (24.04.2007)
41. <http://www.blackwell.symery.com/doi/abs> (24.04.2007)
42. <http://herlules.oulu.fi/isbm/htm> (24.04.2007)
43. <http://www.diabetic-lifestyle.com/articles> (24.04.2007)

ملخص الدراسة

لقد كان هدف الدراسة الحالية هو معرفة العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، و قد تم تناول متغيرات الدراسة في الجانب النظري في فصول مستقلة هي :

مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية، وكذا مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية و علاقتهما بالصحة. و قد خصص الجانب الميداني للإجابة على تساؤلات الدراسة، و قد تضمن : منهج الدراسة، تحديد خصائص العينة و التي اشتملت على 86 مريضاً بالسكري، التعريف بالمقاييس التي تم اعتمادها في الدراسة، وكذا الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها للإجابة على تساؤلات الدراسة (SPSS 13,0)، وكذا عرض و مناقشة النتائج المتحصل عليها.

و خلصت الدراسة إلى انه لا توجد علاقة ارتباطيه بين البعد الداخلي و الكفاءة الذاتية، لكن ترتبط ببعدي ذوي النفوذ و الحظ و الصدفة، كما انه لا توجد علاقة ارتباطيه بين كل من مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية بكل من مدة المرض و السن. و أظهرت كذلك انه لا توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس و المستوى التعليمي، و لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين الجنسين، في حين أثبتت انه توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية بين أفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي.

بالرغم من هذه النتائج المتحصل عليها إلا أن الدراسة قد تضمنتها بعض النقائص التي يمكن أن تكون قدر أثرت في هذه النتائج.

RESUME DE L'ETUDE

Le but de cette étude était la connaissance de la relation entre le lieu de contrôle la santé et l'auto efficacité chez les diabétiques.

Nous avons traités dans la partie théorique et dans des chapitres indépendants les variables de l'étude : Lieu de control de la santé, l'Auto efficacité, et la relation entre le lieu de control de la santé et l'auto efficacité et la santé.

La partie pratique a été réservée pour reprendre aux questionnement de cette étude, et il comprend : la méthode de l'étude, la délimitation des caractéristique de l'échantillon, qui est composée de 86 individus diabétiques, et les définition des échelles qui on été utiliser dans cette étude ainsi que les formules statistiques qui on été utilisée pour répondre aux questionnement de l'étude (SPSS 13), et la présentation et la discussion des résultats (auxquels cette étude a abouti).

1°/ nous avons trouvé qu'il existe une corrélation significative entre les dimensions de lieu de control(PHLC, CHLC) et l'auto efficacité chez les malades diabétiques.

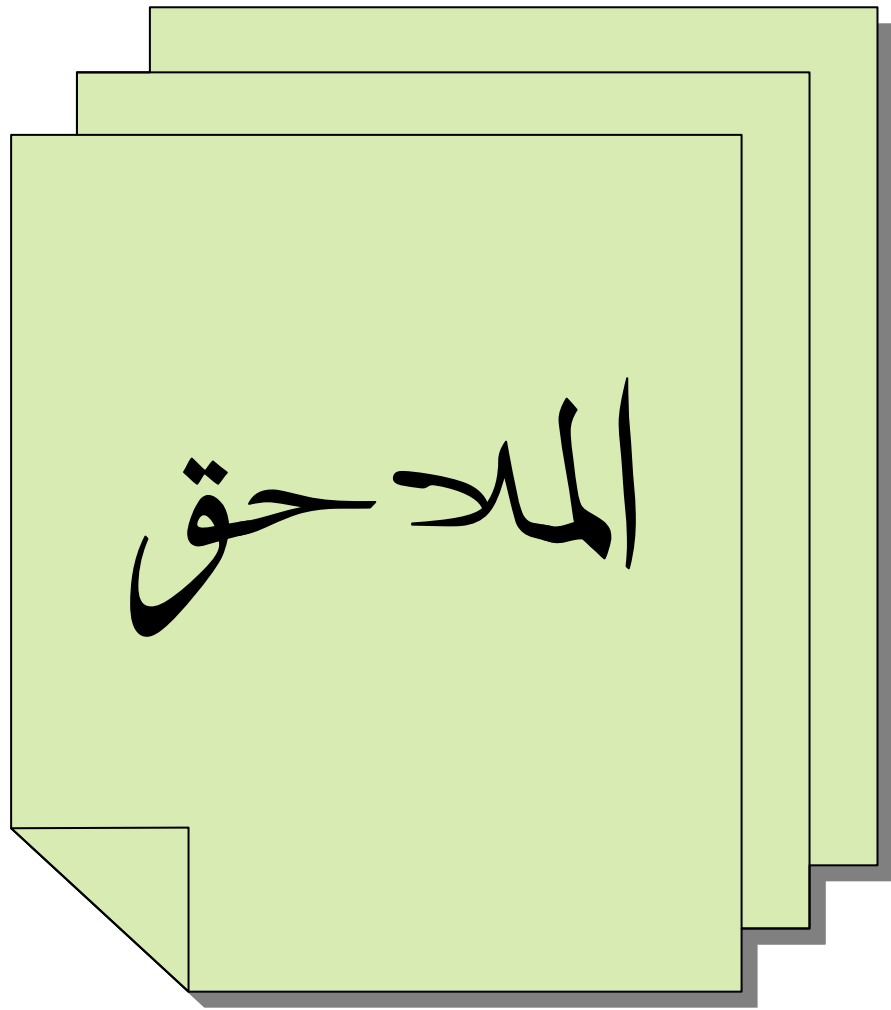
2°/ nous avons trouvé qu'il n'existe pas une corrélation significative entre le lieu de control de la santé et l'auto efficacité par apport l'age et la chronicité chez les malades diabétiques.

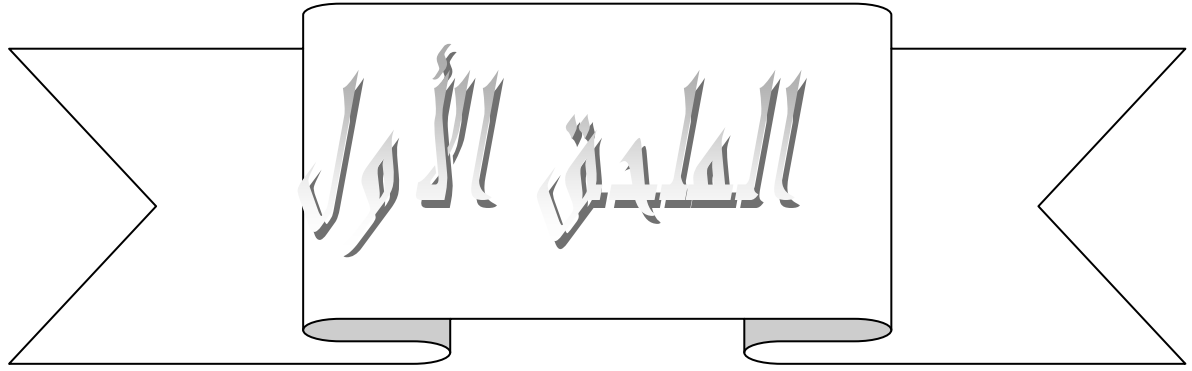
3°/ il n'existe pas des différences significatives des sexes et le niveau intellectuel dans les dimension de lieu de control de la santé.

4°/ il n'existe pas des différences significatives des sexes dans l'auto efficacité chez les malades diabétiques.

5°/ il existe des différences significative de niveau intellectuel dans l'autre efficacité chez les malades diabétiques.

Il reste que nos résultats manifeste des insuffisances.





استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي
Health Locus of Control Questionnaire

استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي Health Locus of Control Questionnaire

إعداد : جبالي نور الدين

الاسم (اختياري) :

السن : المهنة :

الجنس : ذكر (.....) أنثى (.....)

الحالة الاجتماعية : (متزوج) (أعزب) (مطلق) (أرمل)

المستوى التعليمي : (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي)

مدة المرض :
.....

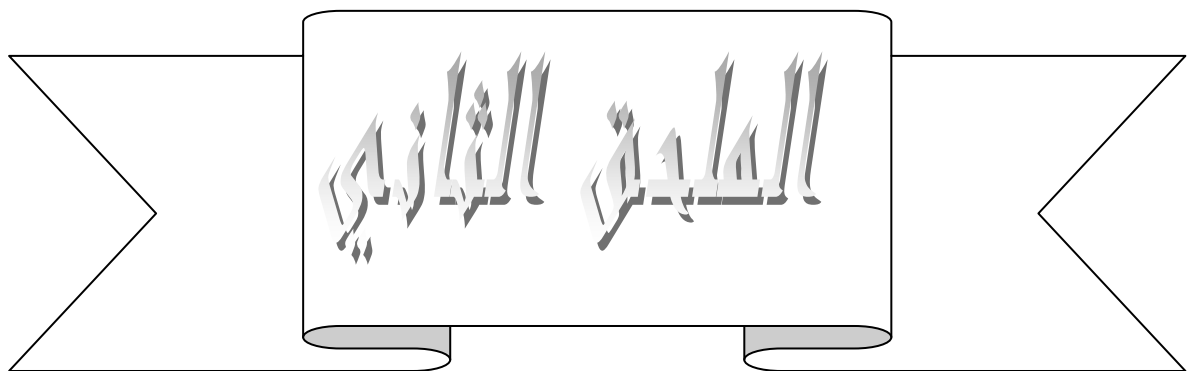
التعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة و المرض.
اقرأ كل عبارة على حدة جيدا، و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك و
تصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.
أرجو أن تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة بدون إجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها
بغض النظر عن إجابتك عن العبارات السابقة. اجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث
العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماما	العبارة	
					سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	1
					إذا قدر لي أن امرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض	2
					المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	3
					أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	4
					عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طبيباً مختصاً	5
					أعتقد أنني متحكم في صحتي	6
					لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً	7
					لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	8
					يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض	9
					يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي	10
					حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	11
					تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي	12
					إذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض	13
					يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء ...)	14
					أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني	17
					إتباع إرشادات الطبيب حريفاً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	18

جزء خاص بالمختص :

IHLC	PHLC	CHLC



استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

**DIABETES SELF- EFFICACY QUESTIONNNAIRE
(DSEQ)**

استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

**DIABETES SELF- EFFICACY QUESTIONNAIRE
(DSEQ)**

إعداد: عليوة سميرة

الاسم:

السن: المهنة:

الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....)

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن بعض النشاطات أو السلوكيات التي يقوم بها مريض السكري عادة.

اقرأ كل عبارة على حدة جيدا، والمطلوب منك أن تختار الرقم الذي يتوافق مع إمكانياتك لفعل هذه النشاطات أو السلوكيات بوضع علامة () داخل الخانة التي تتناسب مع سلوكك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة، اجب بصراحة وصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

العبارة	غير قادر تماما	غير قادر إلى حد ما	غير قادر	قادر	قادر إلى حد ما	قادر تماما
1- أتجنب أثار (ردود فعل) انخفاض نسبة السكر في الدم خلال تمرين الرياضة.						
2- أتصور ما يمكن أن اعمله عندما ترتفع نسبة السكر في الدم.						
3- أتصور ما يمكن أن اعمله عندما تنخفض نسبة السكر في الدم.						
4- ألائم برنامج السكري مع نمط حياتي المعتاد.						

					5- أتابع برنامج السكري عندما يطرأ تغيير على الروتين اليومي.
					6- أقاوم الإفراط في الأكل عندما أكون قلق
					7- أطلب الدعم من أسرتي وأصدقائي للتطبيق الروتين السكري.
					8- أفحص قداماي كل يوم.
					9- أقوم بالنشاطات التي استمتع بها في نفس الوقت الذي أعتني فيه بمرضي (السكري).
					10- أدير برنامجي للسكري عندما أشعر بالحزن.
					11- أتمرن عدة مرات في الأسبوع
					12- أقاوم الإفراط في الأكل عندما أكون مكتئب
					13- أتحدث على أثر السكري على حياتي مع الأسرة والأصدقاء.
					14- أعرف عن الأدوية التي استعملها لمرضي (السكري)
					15- أتناول وجباتي في نفس الوقت كل يوم.
					16- أبقى على برنامجي للأكل عندما أكون مع الأسرة والأصدقاء.
					17- أثق في قدرتي على إدارة مرضي (السكري)
					18- أقص أظافر قدمي بالطريقة الصحيحة
					19- أقوم بفحص (بتحليل) دمي عندما أكون بعيد عن منزلي.
					20- أتعرف على المستوى المرتفع للسكر في دمي.
					21 أبقى على برنامجي للوجبات عندما لا يعلم الناس جولي أنني مصاب بالسكري.
					22- أبدل طعام بأخر داخل نفس مجموعة الأطعمة.
					23- أكون نشيط عندما تكون هناك العديد من الطلبات في المنزل أو في العمل.
					24- أوقف رد الفعل الناتج عن انخفاض السكر (في

						الدم) عندما أتعرض له.
						25- اعرف متى اتصل بأخصائي الصحة حول مشاكل القدمين.
						26- أبرمج كيف أتعامل مع الوجبات المؤجلة
						27- اعرف عن الفحوصات المخبرية عندما يتعلق الامر بالسكري.
						28- أتفهم أثر السكري على الأسرة والأصدقاء.
						29- أتجنب الإفراط في الأكل عندما أكون سعيدا
						30- أستطيع مراقبة السكري حتى أتمكن من قضاء وقت مع العائلة والأصدقاء.
						31- أستطيع حل المشاكل الناتجة عن داء السكري.
						32- أتجنب الإفراط في الأكل أثناء مشاهدة التلفزيون
						33- أتحدث للعائلة عن إمكانياتهم (حظهم) في الإصابة بالسكري.
						34- أسأل أخصائي الصحة حول إدارة رقابة السكري.
						35- أتوافق مع أحاسيسي للتعايش مع السكري
						36- أفهم شعور الآخرين نحو إصابتي بالسكري.
						37- أتناقش مع أخصائيين صحيين فيما يتعلق بمضاعفات السكري.
						38- آخذ برنامج (مخطط) حول ما يجب فعله في حالة ما أصبحت مريض